

**Documentos Oficiales**  
**de la**  
**Organización Panamericana de la Salud**  
**No. 49**

**XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA**  
**XIV REUNION DEL**  
**COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS**

*Minneapolis, Minnesota, E.U.A., 21 de agosto-3 de septiembre de 1962*

**PARTE II**  
**ACTAS DE LAS SESIONES PLENARIAS Y DE LAS COMISIONES**  
**ACTIVIDADES DEL COMITE EJECUTIVO**



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**  
Washington 6, D. C., E. U. A.  
1963

**Documentos Oficiales de la Organización  
Panamericana de la Salud**  
(Publicados en español e inglés)

En la serie de *Documentos Oficiales de la Organización Panamericana de la Salud* aparecen anualmente los volúmenes siguientes:

**Informe Anual del Director** al Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en el cual se da cuenta de las actividades y realizaciones de la Organización. Estos volúmenes están ilustrados con mapas y fotografías y llevan un índice analítico. Además de este Informe Anual, cada cuatro años—con ocasión de reunirse la Conferencia Sanitaria Panamericana—se publica el Informe Cuadrienal que se presenta a dicha Conferencia.

**Proyecto de Programa y Presupuesto** que el Director prepara y somete al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo (o a la Conferencia Sanitaria Panamericana, en su caso), y que contiene una explicación de los programas propuestos, así como el presupuesto de los mismos, tanto en lo referente a los fondos de la propia Organización Panamericana de la Salud como a los de la Organización Mundial de la Salud, Programa Ampliado de Asistencia Técnica y otros fondos de distintas procedencias. El mismo volumen presenta los anteproyectos de presupuesto, para el año siguiente, de la Organización Panamericana de la Salud y de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud.

**Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo** para cada ejercicio financiero.

**Actas y Documentos** de las reuniones del Consejo Directivo, Comité Regional de la OMS para las Américas, que comprenden las actas resumidas de la reunión, los Informes Finales de las reuniones celebradas por el Comité Ejecutivo a partir de la anterior reunión del Consejo Directivo, así como documentos de trabajo referentes a temas que todavía se hallan en estudio.

**Actas y Documentos** de la Conferencia Sanitaria Panamericana, que se publican cada cuatro años y contienen las actas taquigráficas de las sesiones plenarias de la Conferencia y las actas resumidas de las comisiones principales, además de los documentos de trabajo.

**Volúmenes recientes**

- No. 39: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961.
- No. 40: Proyectos de Programa y Presupuesto: Organización Panamericana de la Salud, 1963; Organización Mundial de la Salud, Región de las Américas, 1964, y Organización Panamericana de la Salud, Anteproyecto, 1964.
- No. 41: Actas y Documentos de la XIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 1961.
- No. 42: Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud (cuarta edición) 1961.
- No. 43: Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1958-1961).
- No. 44: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1961.
- No. 45: Proyectos de Programa y Presupuesto: Organización Panamericana de la Salud, 1964; Organización Mundial de la Salud, Región de las Américas, 1965, y Organización Panamericana de la Salud, Anteproyecto, 1965.
- No. 46: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1962.
- No. 47: Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud (quinta edición) 1963.
- No. 48: Actas y Documentos de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, Parte I (Informe Final y Anexos).
- No. 49: Actas y Documentos de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, Parte II (Actas de las sesiones plenarias y de las comisiones y actividades del Comité Ejecutivo).
- No. 50: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1962.

**Documentos Oficiales**  
**de la**  
**Organización Panamericana de la Salud**  
**No. 49**

**XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA**  
**XIV REUNION DEL**  
**COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS**

*Minneapolis, Minnesota, E.U.A., 21 de agosto-3 de septiembre de 1962*

**PARTE II**

1. Organización de la Conferencia
2. Actas Taquigráficas de las Sesiones Plenarias
3. Actas Resumidas de las Comisiones
4. Actividades del Comité Ejecutivo

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**  
1501 New Hampshire Ave., N. W.  
Washington 6, D. C., E.U.A.

*La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, que se celebró en la ciudad de Minneapolis, Minnesota, Estados Unidos de América, del 21 de agosto al 3 de septiembre de 1962, fue convocada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, de conformidad con la Resolución XIV adoptada por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión (abril de 1962).*

*Las actas y documentos de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana se publican en dos volúmenes. El presente volumen contiene, entre otras cosas, las actas de las sesiones plenarias y de las comisiones, la lista de las Delegaciones y otros participantes, el Reglamento Interno de la Conferencia y el programa de temas, así como el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo y los Informes Finales de la 46ª y 47ª Reuniones de este organismo, y en el Documento Oficial No. 48 figuran el Informe Final, con las resoluciones adoptadas en la Conferencia, y los anexos.*



## SUMARIO DE MATERIAS

### 1. ORGANIZACION DE LA CONFERENCIA

	<i>Página</i>
Convocatoria de la Conferencia .....	3
Comité del Estado de Minnesota para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana .....	4
Delegaciones y otros participantes:	
Gobiernos .....	5
Organización Mundial de la Salud .....	8
Oficina Sanitaria Panamericana .....	8
Organización de los Estados Americanos .....	9
Banco Interamericano de Desarrollo .....	9
Naciones Unidas y Organismos Intergubernamentales .....	9
Organizaciones no Gubernamentales .....	9
Presidencia y Secretaría de la Conferencia y composición de sus comisiones .....	10
Reglamento Interno de la Conferencia .....	13
Programa de temas .....	22
Actividades sociales .....	24
Cuadro diario de sesiones .....	26

### 2. ACTAS TAQUIGRAFICAS DE LAS SESIONES PLENARIAS

#### SESIÓN INAUGURAL (*Martes, 21 de agosto de 1962, a las 20 h. 30 m.*)

Palabras del Presidente de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, Presidente Provisional de la XVI Conferencia y Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Dr. Guillermo Arbona .....	30
Discurso del Dr. Bror F. Pearson, del <i>Board of Medical Examiners</i> del Estado de Minnesota, en nombre del Honorable Gobernador del Estado, Señor Elmer L. Andersen .....	30
Discurso del Honorable Alcalde de la ciudad de Minneapolis, Señor Arthur Naftalin .....	31
Discurso del Señor Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, Dr. Luther L. Terry .....	32
Discurso del Señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz .....	33
Discurso del Señor Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. G. Candau .....	35
Discurso del Excmo. Señor Secretario de Salubridad y Asistencia y Jefe de la Delegación de México, Dr. José Alvarez Amézquita, en nombre de las Delegaciones a la Conferencia.....	36

#### PRIMERA SESIÓN PLENARIA (*Miércoles, 22 de agosto de 1962, a las 9 h. 30 m.*)

Tema 1.2: Elección de la Comisión de Credenciales .....	38
Primer Informe de la Comisión de Credenciales .....	38

Tema 1.3: Adopción del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana .....	38
Tema 1.4: Establecimiento, mediante sorteo, de la precedencia de las Delegaciones .....	39
Tema 1.5: Elección del Presidente y dos Vicepresidentes .....	39
Tema 1.6: Constitución de las Comisiones principales .....	39
Tema 1.7: Adopción del programa de temas .....	40
<b>SEGUNDA SESIÓN PLENARIA (Miércoles, 22 de agosto de 1962, a las 15 horas)</b>	
Tema 1.8: Adopción del programas de sesiones .....	41
Tema 1.9: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo .....	41
Tema 1.15: Solicitud presentada por Jamaica para su admisión como Miembro de la Organización Panamericana de la Salud .....	42
Tema 1.10: Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1958-1961)	42
<b>TERCERA SESIÓN PLENARIA (Jueves, 23 de agosto de 1962, a las 8 h. 55 m.)</b>	
Tema 1.15: Solicitud presentada por Jamaica para su admisión como Miembro de la Organización Panamericana de la Salud ( <i>conclusión</i> ) .....	57
Proyecto de resolución presentado por la Delegación del Brasil .....	58
Proyecto de resolución presentado por las Delegaciones del Brasil, Estados Unidos de América y México (Procedimiento para la admisión de Estados en la Organización Panamericana de la Salud) .....	59
Segundo Informe de la Comisión de Credenciales .....	62
Tema 1.10: Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1958-1961) ( <i>continuación</i> ) .....	62
Tema 1.10.1: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1961 .....	71
Tema 1.13: Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas .....	73
<b>CUARTA SESIÓN PLENARIA (Jueves, 23 de agosto de 1962, a las 14 h. 30 m.)</b>	
Tema 1.13: Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas ( <i>continuación</i> ) .....	74
Informe de la Delegación de Nicaragua .....	74
Informe de la Delegación de la Argentina .....	77
Informe de la Delegación del Brasil .....	78
Informe de la Delegación de Chile .....	81
Informe de la Delegación de Francia .....	86
Informe de la Delegación de Panamá .....	88
Informe de la Delegación de Costa Rica .....	92
Informe de la Delegación de Venezuela .....	95
<b>QUINTA SESIÓN PLENARIA (Viernes, 24 de agosto de 1962, a las 9 horas)</b>	
Saludo del Senador por el Estado de Minnesota, Sr. Hubert H. Humphrey, a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana .....	97
Tercer Informe de la Comisión de Credenciales .....	97
Tema 1.10: Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1958-1961) ( <i>conclusión</i> ) .....	97
Proyecto de resolución .....	97

Tema 1.10.1: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1961 ( <i>conclusión</i> ) .....	98
Proyecto de resolución .....	98
Tema 1.13: Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas ( <i>continuación</i> ) .....	98
Informe de la Delegación de El Salvador .....	98
Informe de la Delegación de Guatemala .....	99
Informe de la Delegación del Reino de los Países Bajos .....	101
Informe de la Delegación de México .....	104
Informe de la Delegación de Jamaica .....	109
Informe de la Delegación de Colombia .....	112
Informe de la Delegación del Ecuador .....	114
Informe de la Delegación del Paraguay .....	116
SEXTA SESIÓN PLENARIA ( <i>Viernes, 24 de agosto de 1962; a las 14 h. 45 m.</i> )	
Tema 1.11: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud ..	121
Tema 1.12: Elección de dos Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Colombia y El Salvador .....	125
Tema 1.13: Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas ( <i>continuación</i> ) .....	126
Informe de la Delegación del Uruguay .....	126
Informe de la Delegación de Cuba .....	127
Informe de la Delegación de Honduras .....	133
Informe de la Delegación del Perú .....	147
SÉPTIMA SESIÓN PLENARIA ( <i>Lunes, 27 de agosto de 1962, a las 9 horas</i> )	
Designación para la Comisión General .....	149
Tema 1.13: Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas ( <i>continuación</i> ) .....	149
Informe de la Delegación de la República Dominicana .....	149
Informe del Observador del Canadá .....	150
Intervención del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	151
Discurso del Secretario General Adjunto de la Organización de los Estados Americanos, Dr. William Sanders .....	155
Declaración del Observador del UNICEF, Sr. Roberto Esguerra Barry .....	158
Tema 1.11: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud ( <i>conclusión</i> ) .....	159
Proyecto de resolución .....	159
Tema 1.12: Elección de dos Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Colombia y El Salvador ( <i>conclusión</i> ) .....	159
Proyecto de resolución .....	159
OCTAVA SESIÓN PLENARIA ( <i>Sábado, 1 de septiembre de 1962, a las 11 horas</i> )	
Designaciones para la Comisión General .....	160

	<i>Página</i>
Expresión de agradecimiento del Dr. Leonard M. Comissiong, Director Interino de los Servicios Médicos de Trinidad .....	160
Primer Informe de la Comisión I (Asuntos Técnicos) .....	160
Tema 2.7: Informe sobre el estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas .....	160
Aspectos del abastecimiento de agua y del saneamiento del medio en los programas de viviendas urbanas y rurales .....	162
Proyecto de resolución presentado por las Delegaciones de Costa Rica, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela .....	162
Primer Informe de la Comisión I ( <i>conclusión</i> ) .....	164
Tema 2.7.1: Memorándum del Acuerdo concertado entre la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, respecto a las actividades de asistencia técnica Saneamiento del medio .....	164
Tema 2.8: Informe relativo al programa de investigación sobre las estadísticas de mortalidad en las Américas .....	165
Evaluación clínica y farmacológica de agentes exógenos .....	166
Tema 2.6: Informe sobre el programa de nutrición en las Américas .....	166
Informe de la Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos) .....	167
Tema 3.3: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961 .....	167
Tema 3.4: Informe sobre la recaudación de las cuotas .....	167
Tema 3.5: Fondo Rotatorio de Emergencia .....	168
Tema 3.7: Enmiendas al Estatuto y Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	168
Tema 3.9: Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	168
Primer Informe de las sesiones conjuntas de la Comisión I y de la Comisión II .....	169
Tema 3.6: Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede .....	169
Tema 3.2: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963 .....	170
Tema 3.2: Dietas para los miembros del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud .....	170
Tema 3.2.1: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1964 .....	171
Tema 3.2.2: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964 .....	171
Segundo Informe de la Comisión I (Asuntos Técnicos) .....	171
Tema 2.13: Programa de investigaciones .....	172
Segundo Informe de las sesiones conjuntas de la Comisión I y de la Comisión II .....	172
Tema 2.2: Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas .....	172
Tema 3.10: Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria .....	173
Tema 2.11: Planes nacionales de salud .....	173
 NOVENA SESIÓN PLENARIA ( <i>Domingo, 2 de septiembre de 1962, a las 10 h. 15 m.</i> )	
Tema 1.13: Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas ( <i>conclusión</i> ) .....	175

Proyecto de resolución .....	175
Tercer Informe de la Comisión I (Asuntos Técnicos) .....	175
Tema 2.3: Informe sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas.....	176
Tema 2.4: Informe sobre el estado de la erradicación del <i>Aedes aegypti</i> en las Américas.....	176
Tema 2.5: Informe sobre el estado del control de la tuberculosis en las Américas.....	177
Tema 2.9: Informe sobre las actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este y proyecciones futuras .....	178
Tema 2.12: Resoluciones de la Organización Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional.....	178
Tema 2.14: Discusiones Técnicas sobre el tema "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud" .....	179
Informe del Relator .....	179
Proyecto de resolución propuesto por la Delegación de El Salvador (Los servicios de salud pública y de seguridad social) .....	182
Tema 2.15: Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas .....	182
Informe del grupo de trabajo .....	182
Tema 1.14: Lugar y fecha de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana .....	184
Constitución de un grupo de trabajo.....	185
Votos de gracias .....	186
SESIÓN DE CLAUSURA ( <i>Lunes, 3 de septiembre de 1962, a las 11 h. 15 m.</i> )	
Commemoración del 60° Aniversario de la Organización Panamericana de la Salud .....	186
Lectura, aprobación y firma del Informe Final .....	187
Convocatoria de la 47ª Reunión del Comité Ejecutivo.....	187
Clausura de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana .....	187

### 3. ACTAS RESUMIDAS DE LA COMISION GENERAL Y DE LAS COMISIONES PRINCIPALES

#### Comisión General:

##### PRIMERA SESIÓN (*Miércoles, 22 de agosto de 1962, a las 12 horas*)

Horario de las sesiones plenarias y de la Comisión General .....	191
Orden del día de la segunda sesión plenaria .....	191
Solicitud presentada por Jamaica para su admisión como Miembro de la OPS .....	191
Orden del día de la tercera sesión plenaria .....	192
Temas para las sesiones conjuntas de la Comisión I y de la Comisión II .....	192
Segunda sesión de la Comisión General .....	192

##### SEGUNDA SESIÓN (*Jueves, 23 de agosto de 1962, a las 17 h. 30 m.*)

Orden del día .....	192
Procedimiento para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	192
Voto de gracias al Dr. Charles Mayo .....	193
Proyectos de resolución sobre los temas 1.10 y 1.10.1 .....	193

##### TERCERA SESIÓN (*Viernes, 24 de agosto de 1962, a las 17 h. 40 m.*)

Orden del día .....	193
---------------------	-----

	<i>Página</i>
Proyectos de resolución sobre los temas 1.11 y 1.12 .....	194
Otros asuntos .....	194
<b>CUARTA SESIÓN (Lunes, 27 de agosto de 1962, a las 17 h. 30 m.)</b>	
Plan de trabajo .....	195
<b>QUINTA SESIÓN (Miércoles, 29 de agosto de 1962, a las 17 h. 30 m.)</b>	
Primer Informe de la Comisión I .....	196
Informe de la Comisión II .....	196
Primer Informe de las sesiones conjuntas de la Comisión I y de la Comisión II .....	196
Proyecto de resolución sobre el tema 1.13 .....	196
Orden del día .....	196
Otros asuntos .....	197
<b>SEXTA SESIÓN (Jueves, 30 de agosto de 1962, a las 17 h. 45 m.)</b>	
Segundo Informe de la Comisión I .....	197
Proyecto de resolución sobre el tema 1.3 .....	197
Regreso al Brasil del Presidente de la Comisión II .....	197
Orden del día para la cuarta sesión de la Comisión I .....	197
Orden del día para el 1 de septiembre .....	198
<b>SÉPTIMA SESIÓN (Sábado, 1 de septiembre de 1962, a las 9 h. 35 m.)</b>	
Tercer Informe de la Comisión I .....	198
Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XIV Reunión del Consejo Directivo .....	199
Proyecto de resolución sobre el tema 1.13 .....	199
Preámbulo del Informe Final .....	200
Orden del día .....	200
<b>OCTAVA SESIÓN (Domingo, 2 de septiembre de 1962, a las 9 h. 15 m.)</b>	
Tercer Informe de la Comisión I .....	200
Votos de gracias .....	201
Lugar de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana .....	201
Orden del día para la sesión de clausura .....	201
<b>Comisión I (Asuntos Técnicos):</b>	
<b>PRIMERA SESIÓN (Lunes, 27 de agosto de 1962, a las 10 h. 45 m.)</b>	
Elección del Vicepresidente .....	202
Elección del Relator .....	202
Tema 2.7: Informe sobre el estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas .....	202
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Venezuela .....	204
<b>SEGUNDA SESIÓN (Lunes, 27 de agosto de 1962, a las 14 h. 45 m.)</b>	
Tema 2.7: Informe sobre el estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas ( <i>conclusión</i> ) .....	207
Tema 2.7.1: Memorándum del Acuerdo concertado entre la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, respecto a las actividades de asistencia técnica .....	214

Tema 2.8: Informe relativo al programa de investigación sobre las estadísticas de mortalidad en las Américas .....	214
Constitución de un grupo de trabajo.....	215
Tema 2.6: Informe sobre el programa de nutrición en las Américas .....	218
TERCERA SESIÓN ( <i>Miércoles, 29 de agosto de 1962, a las 15 h. 50 m.</i> )	
Tema 2.13: Programa de investigaciones .....	224
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de los Estados Unidos de América....	228
Tema 2.3: Informe sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas .....	232
Exposición del Jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles de la OSP .....	232
CUARTA SESIÓN ( <i>Jueves, 30 de agosto de 1962, a las 20 horas</i> )	
Tema 2.3: Informe sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas ( <i>conclusión</i> )	234
Informe de la Delegación del Brasil .....	234
Informe de la Delegación del Reino de los Países Bajos .....	234
Informe de la Delegación de la Argentina .....	235
Informe de la Delegación del Ecuador .....	235
Informe de la Delegación de Francia .....	236
Informe de la Delegación de Venezuela .....	236
Informe de la Delegación de Honduras.....	237
Intervención del Representante de los Estados Unidos de América .....	238
Informe de la Delegación de Colombia.....	238
Intervención del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	239
Intervención del Representante de México .....	240
Informe de la Delegación de El Salvador .....	240
Tema 2.4: Informe sobre el estado de la erradicación del <i>Aedes aegypti</i> en las Américas .....	241
Exposición del Jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles de la OSP .....	241
Informe de la Delegación de Venezuela .....	242
Informe de la Delegación del Reino de los Países Bajos .....	243
Informe de la Delegación del Reino Unido .....	243
Informe de la Delegación de la Argentina .....	244
Informe de la Delegación de México.....	244
Informe de la Delegación de Cuba .....	244
Informe de la Delegación de Francia .....	245
Informe de la Delegación de Colombia .....	246
Informe de la Delegación de los Estados Unidos de América.....	246
Informe de la Delegación de Jamaica .....	246
Tema 2.5: Informe sobre el estado del control de la tuberculosis en las Américas .....	246
Exposición del Jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles de la OSP.....	246
Informe de la Delegación de Venezuela .....	248
Informe de la Delegación de Panamá .....	249
Informe de la Delegación de la Argentina .....	251
Informe de la Delegación de Chile .....	252
Informe de la Delegación de Francia .....	253
Informe de la Delegación de Guatemala .....	253
Informe de la Delegación de Cuba .....	253
Informe de la Delegación del Reino de los Países Bajos .....	254
Informe de la Delegación del Uruguay .....	254

	<i>Página</i>
Informe de la Delegación del Perú .....	256
Informe de la Delegación de Colombia .....	256
Intervención del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	256
Felicitación a Trinidad y Tabago, con motivo de su independencia .....	257
Tema 2.9: Informe sobre las actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este y proyecciones futuras .....	257
Tema 2.12: Resoluciones de la Organización Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional .....	258
Tema 2.15: Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas	258
Constitución de un grupo de trabajo.....	258
 <b>Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos):</b>	
<b>PRIMERA SESIÓN (Lunes, 27 de agosto de 1962, a las 10 h. 45 m.)</b>	
Elección del Vicepresidente .....	259
Elección del Relator .....	259
Tema 3.3: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961	259
Tema 3.4: Informe sobre la recaudación de las cuotas.....	261
Tema 3.5: Fondo Rotatorio de Emergencia .....	261
Tema 3.7: Enmiendas al Estatuto y Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	261
 <b>SEGUNDA SESIÓN (Lunes, 27 de agosto de 1962, a las 15 h. 50 m.)</b>	
Tema 3.9: Moción de los Representantes de Nicaragua y Uruguay en la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo .....	262
 <b>Sesiones Conjuntas de la Comisión I y de la Comisión II:</b>	
<b>PRIMERA SESIÓN (Martes, 28 de agosto de 1962, a las 8 h. 45 m.)</b>	
Tema 3.6: Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede.....	263
Tema 3.2: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963 .....	265
Tema 3.2.1: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1964 .....	265
Tema 3.2.2: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964 .....	265
 <b>SEGUNDA SESIÓN (Martes, 28 de agosto de 1962, a las 14 h. 55 m.)</b>	
Tema 3.2: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963 ( <i>conclusión</i> ) .....	274
Tema 3.2.1: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1964 ( <i>conclusión</i> ) .....	274
Tema 3.2.2: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964 ( <i>conclusión</i> ) .....	274
Tema 2.2: Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas .....	275
Exposición del Jefe del Departamento de Erradicación de la Malaria de la OSP.....	275
Informe de la Delegación de la Argentina .....	282
Informe de la Delegación de Costa Rica .....	283



Informe de la Delegación de Venezuela .....	285
Informe de la Delegación de Colombia .....	288
Informe de la Delegación del Brasil .....	288
Informe de la Delegación del Paraguay .....	289

TERCERA SESIÓN (*Miércoles, 29 de agosto de 1962, a las 9 horas*)

Tema 2.2: Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas ( <i>conclusión</i> )	291
Informe de la Delegación de México .....	291
Informe de la Delegación del Reino Unido .....	292
Informe de la Delegación de Panamá .....	293
Informe de la Delegación del Reino de los Países Bajos .....	294
Informe de la Delegación de El Salvador .....	295
Informe de la Delegación de Cuba .....	295
Informe de la Delegación del Ecuador .....	296
Informe de la Delegación de Jamaica .....	297
Informe de la Delegación de Haití .....	297
Declaración del Representante de Venezuela .....	298
Informe de la Delegación de Honduras .....	298
Intervención del Representante de México .....	299
Intervención del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana .....	299
Tema 3.10: Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria .....	300
Proyecto de resolución propuesto por la Delegación de El Salvador .....	301
Tema 2.11: Planes nacionales de salud .....	301

CUARTA SESIÓN (*Miércoles, 29 de agosto de 1962, a las 14 h. 45 m.*)

Tema 2.11: Planes nacionales de salud ( <i>conclusión</i> ) .....	307
---	-----

4. ACTIVIDADES DEL COMITE EJECUTIVO

1. Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo .....	313
2. Informe Final de la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo .....	317
3. Informe Final de la 47ª Reunión del Comité Ejecutivo .....	350
<b>Indice alfabético</b> .....	<b>357</b>

## **1. ORGANIZACION DE LA CONFERENCIA**



## CONVOCATORIA DE LA CONFERENCIA

Washington, D. C.  
7 de junio de 1962

*Estimado Sr. Ministro:*

*De conformidad con la Resolución XIV adoptada por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión (abril de 1962),<sup>1</sup> tengo el honor de convocar la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, que tendrá lugar en Minneapolis, Minnesota, Estados Unidos de América, del 21 de agosto al 6 de septiembre de 1962.*

*Me complace en adjuntarle, para su información, una copia del proyecto de programa de temas de la Conferencia, aprobado por el Comité Ejecutivo en la Resolución XVI de su 46ª Reunión, y me permito llamar la atención de usted sobre el segundo párrafo de la parte dispositiva de dicha resolución que autoriza "al Director para que incorpore al proyecto de programa referido los nuevos temas que propongan oportunamente los Gobiernos Miembros y organizaciones con derecho a proponer temas".*

*A su debido tiempo, le enviaremos copia de los documentos de trabajo que se someterán a la consideración de la Conferencia Sanitaria Panamericana.*

*Aprovecho la oportunidad para expresarle el testimonio de mi mayor consideración y estima.*

*(firmado)*

DR. ABRAHAM HORWITZ  
*Director de la Oficina  
Sanitaria Panamericana*

<sup>1</sup> Véase pág. 346.

**COMITE DEL ESTADO DE MINNESOTA  
PARA LA  
XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA**

El Comité del Estado de Minnesota para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana fue organizado por el Dr. Robert N. Barr, Secretario y Oficial Ejecutivo del Departamento de Salud de dicho Estado, con el objeto de atender a los participantes en la Conferencia. Este Comité, en estrecha colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana, tuvo a su cargo la preparación y coordinación del programa de visitas y de actividades sociales y culturales de los señores Delegados y Observadores. Quedó constituido en la siguiente forma:

*Presidente de Honor:*

Honorable ELMER L. ANDERSEN, Gobernador del Estado de Minnesota

*Presidente del Subcomité de Recepción:*

Dr. GAYLORD W. ANDERSON, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota

*Presidentes:*

Dr. CHARLES W. MAYO, Presidente de la Asociación Mayo, Clínica Mayo, Rochester

Dr. ROBERT N. BARR, Secretario y Oficial Ejecutivo, Departamento de Salud del Estado de Minnesota

*Presidente del Subcomité de Relaciones Públicas:*

Sr. JAMES BORMAN, Editor del Servicio de Información de la Estación Radiodifusora WCCO, Minneapolis

Como parte del Comité, y a fin de organizar las actividades previstas, se estableció una Sección de Hospitalidad, que quedó integrada en la siguiente forma:

*Presidenta:*

Sra. de JOHN S. DALRYMPLE

*Vicepresidentas:*

Sra. de FRANK W. BOWMAN

Sra. de JAMES G. FULLERTON, Jr.

La organización de los distintos servicios y actividades de la Sección estuvo a cargo de Subcomités presididos por las siguientes señoras:

*Excursiones:* Sra. de AMOS S. DEINARD

*Información y Hospitalidad:* Sra. de CLARKE BASSETT

*Transportes:* Sra. de HOWARD W. MITHUN

*Actividades en días laborables:* Sra. de WESLEY W. SPINK

*Cenas en casas particulares situadas en el Lago Minnetonka:* Sra. de E. WEVER DOBSON

*Almuerzo en el Club Minikahda:* Sra. de JUSTIN V. SMITH y Sra. de CYRIL PESAK

*Cenas en casas particulares de Minneapolis:* Sra. de G. NELSON DAYTON

## DELEGACIONES Y OTROS PARTICIPANTES

### Gobiernos

#### ARGENTINA

##### *Delegados:*

Dr. TIBURCIO PADILLA, Ministro de Asistencia Social y Salud Pública, Buenos Aires (*Jefe de la Delegación*)

Dr. VICTORIO VICENTE OLGUÍN, Director de Relaciones Internacionales Sanitarias y Sociales, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Buenos Aires

Dr. ALFONSO A. S. VON DER BECKE, Secretario de Embajada, Ministerio de Relaciones Exteriores, Buenos Aires

#### BRASIL

##### *Delegados:*

Dr. BICHAT RODRIGUES, Director General del Departamento Nacional de Salud, Ministerio de Salud, Río de Janeiro (*Jefe de la Delegación*)

Dr. NELSON LUIZ DE ARAUJO MORAES, Director de la División de Métodos de Salud Pública, Servicio Especial de Salud Pública, Ministerio de Salud, Río de Janeiro

#### COLOMBIA

##### *Delegado:*

Dr. JAIME PÉREZ ARCHILA, Jefe de la División de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública, Bogotá

### COSTA RICA

##### *Delegados:*

Dr. MAX TERÁN VALLS, Ministro de Salubridad Pública, San José (*Jefe de la Delegación*)

Dr. CARLOS MANUEL PRADA DÍAZ, Coordinador y Jefe de la Oficina de Planificación, Ministerio de Salubridad Pública, San José

### CUBA

##### *Delegados:*

Dr. JOSÉ RAMÓN MACHADO VENTURA, Embajador Especial, Ministro de Salud Pública, La Habana (*Jefe de la Delegación*)

Dr. HELIODORO MARTÍNEZ JUNCO, Embajador Extraordinario y Plenipotenciario, Subsecretario de Higiene y Epidemiología, Ministerio de Salud Pública, La Habana

Dr. ROBERTO PEREDA CHÁVEZ, Embajador Extraordinario y Plenipotenciario, Director Regional Ejecutivo, Ministerio de Salud Pública, La Habana

##### *Asesores:*

Dr. JOSÉ MIGUEL MIYAR BARRUECO, Jefe de Departamento, Servicio Médico Social Rural, Ministerio de Salud Pública, La Habana

Dr. PEDRO P. NOGUEIRA RIVERO, Jefe del Departamento de Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud Pública, La Habana

Dra. CELIA GIRONA, Cónsul, Agregada a la Misión Permanente de Cuba en las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y.

Dr. ORTELIO SÁNCHEZ PONCE, Funcionario del Ministerio de Salud Pública, La Habana

Dr. JOSÉ GÓMEZ ABAD, Funcionario del Ministerio de Relaciones Exteriores, Misión Permanente de Cuba en las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y.

#### CHILE

##### Delegados:

Dr. WALTER MÜLLER, Embajador de Chile ante el Gobierno de los Estados Unidos de América y Representante ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D. C. (*Jefe de la Delegación*)

Dr. ALFREDO LEONARDO BRAVO, Jefe del Departamento Técnico, Servicio Nacional de Salud, Santiago

Dr. FAUSTO SOTO, Ministro de la Embajada de Chile, Washington, D. C.

#### ECUADOR

##### Delegados:

Dr. ROBERTO NEVÁREZ VÁSQUEZ, Director General de Sanidad, Ministerio de Previsión Social y Sanidad, Guayaquil (*Jefe de la Delegación*)

Dr. JUAN ANTONIO MONTALVÁN CORNEJO, Director del Instituto Nacional de Higiene, Guayaquil

#### EL SALVADOR

##### Delegados:

Dr. MARIO ROMERO ALVERGUE, Subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador (*Jefe de la Delegación*)

Dr. ALBERTO AGUILAR RIVAS, Director Regional de Salud Pública y Colaborador Técnico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador

#### ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

##### Delegados:

Dr. LUTHER L. TERRY, Cirujano General, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C. (*Jefe de la Delegación*)

Dr. GUILLERMO ARBONA, Secretario de Salud, Estado Libre Asociado de Puerto Rico, San Juan

Dr. JAMES WATT, Cirujano General Adjunto, Jefe de la División de Sanidad Internacional, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.

##### Suplentes:

Sr. HOWARD B. CALDERWOOD, Oficina de Asuntos de las Organizaciones Internacionales, Secretaría de Estado, Washington, D. C.

Dr. CHARLES W. MAYO, Presidente de la Asociación Mayo, Clínica Mayo, Rochester, Minnesota

Dr. CHARLES L. WILLIAMS, División de Sanidad Internacional, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.

Dr. GAYLORD ANDERSON, Director de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Minnesota, Minneapolis

Ing. C. H. ATKINS, Ingeniero Sanitario Jefe, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.

Dr. ROBERT N. BARR, Secretario y Oficial Ejecutivo, Departamento de Salud del Estado de Minnesota, St. Paul

Sr. WILLIAM G. BOWDLER, Oficial Encargado de Asuntos Políticos Especiales, Oficina de Asuntos Interamericanos, Secretaría de Estado, Washington, D. C.

Sr. CARTER HILLS, Oficina de Asuntos de las Organizaciones Internacionales, Secretaría de Estado, Washington, D. C.

Dr. EMORY W. MORRIS, Presidente de la Fundación W. K. Kellogg, Battle Creek, Michigan

Dr. FREDERICK J. VINTINNER, Jefe del Servicio de Sanidad, Oficina de América Latina, Agencia para el Desarrollo Internacional, Washington, D. C.

#### FRANCIA

##### Delegados:

Dr. RAYMOND G. HYRONIMUS, Inspector General Adjunto de Salud Pública y de la Población, Encargado de los Departamentos Franceses de América, Fort-de-France, Martinica (*Jefe de la Delegación*)

Dr. ROBERT A. ROSE-ROSETTE, Director Departamental de los Servicios de Veterinaria, Presidente de la Comisión Administrativa de Hospitales, Fort-de-France, Martinica

## GUATEMALA

*Delegados:*

- Dr. ROBERTO AZURDIA, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala (*Jefe de la Delegación*)
- Dr. EMILIO NOVALES, Director General de Sanidad Pública, Guatemala

## HAITI

*Delegado:*

- Dr. HUBERT DELVA, Director Técnico del Servicio de Sanidad Domiciliaria Rural (SANDOR), Port-au-Prince

## HONDURAS

*Delegados:*

- Dr. CARLOS A. JAVIER, Subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social, Tegucigalpa (*Jefe de la Delegación*)
- Lic. JOSÉ MARÍA LAGOS BLANCO, Jefe del Departamento de Servicios Administrativos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tegucigalpa

## JAMAICA

*Delegados:*

- Dr. HERBERT WELLESLEY ELDEMIRE, Ministro de Sanidad, Kingston (*Jefe de la Delegación*)
- Sr. PATRICK W. C. BURKE, Secretario Permanente del Ministerio de Sanidad, Kingston
- Dr. ALFRED A. PEAT, Oficial Jefe de los Servicios Médicos, Ministerio de Sanidad, Kingston

## MEXICO

*Delegados:*

- Dr. JOSÉ ALVAREZ AMÉZQUITA, Secretario de Salubridad y Asistencia, México, D. F. (*Jefe de la Delegación*)
- Dr. FELIPE GARCÍA SÁNCHEZ, Director General de los Servicios de Salud Pública en Estados y Territorios, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, D. F.
- Lic. ANASTASIO LÓPEZ SÁNCHEZ, Director General de Cuenta y Administración, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, D. F.

## NICARAGUA

*Delegados:*

- Dr. FRANCISCO URCUYO MALIAÑO, Ministro de Salubridad Pública, Managua (*Jefe de la Delegación*)
- Dr. MANUEL A. SÁNCHEZ VIGIL, Director General de Salubridad Pública, Managua
- Dr. ORONTES AVILÉS, Director de los Servicios Administrativos, Ministerio de Salubridad Pública, Managua

## PANAMA

*Delegados:*

- Dr. BERNARDINO GONZÁLEZ RUIZ, Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, Panamá (*Jefe de la Delegación*)
- Dr. ALBERTO E. CALVO, Subdirector-Coordinador General de Salud Pública, Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, Panamá

## PARAGUAY

*Delegado:*

- Dr. DIONISIO GONZÁLEZ TORRES, Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción

## PERU

*Delegado:*

- Dr. CARLOS S. QUIRÓS, Director General de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima

## REINO DE LOS PAISES BAJOS

*Delegado:*

- Dr. EDWIN VAN DER KUYP, Director de la Oficina de Salud Pública, Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad, Paramaribo, Surinam (*Jefe de la Delegación*)

## REINO UNIDO

*Delegados:*

- Dr. CHARLES C. NICHOLSON, Oficial Jefe de los Servicios Médicos, Ministerio de Sanidad, Georgetown, Guayana Británica (*Jefe de la Delegación*)
- Dr. LEONARD M. COMMISSIONG, Director Interino de los Servicios Médicos, Ministerio de Sanidad, Port-of-Spain, Trinidad



**REPUBLICA DOMINICANA***Delegados:*

Dr. AMIRO PÉREZ MERA, Secretario de Salud y Previsión Social, Santo Domingo (*Jefe de la Delegación*)

Dr. RAFAEL A. BATLLE, Subsecretario de Salud y Previsión Social, Santo Domingo

**URUGUAY***Delegado:*

Dr. ORESTES VIDOVICH, Director de Hospital, Ministerio de Salud Pública, Montevideo

**VENEZUELA***Delegados:*

Dr. ARNOLDO GABALDON, Ministro de Sanidad y Asistencia Social, Caracas (*Jefe de la Delegación*)

Dr. DEMETRIO CASTILLO, Médico Adjunto de la Dirección de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas

*Suplentes:*

Dr. DANIEL ORELLANA, Jefe de la Sección de Sanidad Internacional, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas

Ing. JOSÉ DE JESÚS MÁRQUEZ GARCÍA, Jefe de la División de Acueductos Rurales, Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas

*Asesor:*

Dr. GERMÁN E. NAVA CARRILLO, Jefe de la División de Asuntos Interamericanos, Ministerio de Relaciones Exteriores, Caracas

**CANADA***Observador oficial:*

Dr. BASIL D. B. LAYTON, Oficial Médico Principal, Sección de Sanidad Internacional, Departamento de Sanidad Nacional y Bienestar, Ottawa

**Organización Mundial de la Salud**

Dr. M. G. CANDAU, Director General

Sr. FRANK GUTTERIDGE, Jefe del Servicio Jurídico

Sra. Y. K. G. WARNER, Ayudante del Director General

**Oficina Sanitaria Panamericana**

Dr. ABRAHAM HORWITZ, Director, Secretario *ex officio* de la Conferencia

Dr. JOHN C. CUTLER, Director Adjunto

Dr. VÍCTOR A. SUTTER, Subdirector

Dr. STUART PORTNER, Jefe de Administración

Dr. OSWALDO J. DA SILVA, Jefe del Departamento de Erradicación de la Malaria

Dr. RAYMOND B. ALLEN, Jefe de la Oficina de Coordinación de Investigaciones

Dr. JOSÉ MARÍA BENGOA, Asesor Regional en Nutrición

Dr. ALFREDO N. BICA, Jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles

Sr. EARL D. BROOKS, Jefe del Departamento de Gestión Administrativa y de Personal

Dr. CARLOS DÍAZ-COLLER, Jefe del Departamento de Educación Profesional

Dr. ABRAHAM DROBNY, Jefe Interino del Departamento de Fomento de la Salud

Dr. HERNÁN DURÁN, Jefe de la Oficina de Planificación

Dr. RENÉ GARCÍA VALENZUELA, Asesor Regional en Atención Médica

Sr. CLARENCE MOORE, Jefe del Departamento de Presupuestos y Finanzas

Dra. RUTH PUFFER, Jefe del Departamento de Estadísticas de Salud

Dr. PETER RUDERMAN, Oficial de Asuntos Económicos e Informes, Oficina de Evaluación e Informes

Ing. HAROLD E. SHIPMAN, Jefe del Departamento de Saneamiento del Medio

Dr. TITO LOPES DA SILVA, Epidemiólogo principal, Departamento de Erradicación de la Malaria

Dr. MAURICIO MARTINS DA SILVA, Jefe Adjunto de la Oficina de Coordinación de Investigaciones

Dr. JOSÉ QUERO MOLARES, Jefe de los Servicios de Secretaría de la Conferencia

Sr. ROBERTO RENDUELES, Jefe de la Oficina de Información Pública

**Observadores****ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS**

Dr. WILLIAM SANDERS, Secretario General Adjunto, Washington, D. C.

Sra. ALZORA H. ELDRIDGE, Oficial de Enlace de Organismos Internacionales, Unión Panamericana, Washington, D. C.

**BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO**

Dr. MARIO O. MENDIVIL, Director Ejecutivo, Washington, D. C.

General WILLIAM A. CARTER, Ingeniero principal, Washington, D. C.

**NACIONES UNIDAS Y ORGANISMOS INTERGUBERNAMENTALES**

*Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)*

Sr. ROBERTO ESGUERRA BARRY, Director Adjunto de la Oficina Regional del UNICEF para las Américas, Nueva York, N. Y.

**ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES***Asociación Médica Mundial*

Dr. BERNARD AABEL, Director del Departamento de Sanidad Internacional, Asociación Médica Americana, Chicago, Illinois

*Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistentas Medicosociales (CICIAMS)*

Srta. DOROTHY N. KELLY, Redactora Jefe, *The Catholic Nurse*, Miembro del Consejo Nacional de Enfermeras Católicas de los Estados Unidos de América, Washington, D. C.

*Confederación Mundial de Fisioterapia*

Srta. DONNA L. PAULEY, Minneapolis, Minnesota

*Consejo Internacional de Enfermeras*

Sra. KATHARINE DENSFORD DREYES, Directora Emérita y Profesora de la Escuela de Enfermería, Universidad de Minnesota, St. Paul

*Federación Internacional de Hospitales*

Dr. RAY AMBERG, Miembro del Comité Internacional, Director de los Hospitales de la Universidad de Minnesota, Minneapolis

Dr. JOSÉ GONZÁLEZ, Director del Programa Internacional de Hospitales, American Hospital Association, Washington, D. C.

*Federación Internacional de Odontología*

Dr. CARL L. SEBELIUS, Secretario Adjunto, Higiene Dental, American Dental Association, Chicago, Illinois

*Federación Mundial para la Terapéutica Activa*

Srta. CATHERINE V. DANIEWICZ, Coordinadora de los Servicios de Rehabilitación, St. Mary's Hospital, Minneapolis, Minnesota

Srta. A. GENEVIEVE ANDERSON, Jefe de Terapéutica Ocupacional, Hospital de la Administración de Veteranos, Minneapolis, Minnesota

*Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos*

Dr. RALPH T. KNIGHT, ex Presidente de la American Society of Anesthesiologists, Minneapolis, Minnesota

*Fundación W. K. Kellogg*

Dr. EMORY W. MORRIS, Presidente, Battle Creek, Michigan

*Liga de Sociedades de la Cruz Roja*

Dr. WILLIAM GLENNY, Consultor médico del Banco Regional de Sangre, American National Red Cross, St. Paul, Minnesota

*Liga Internacional contra el Reumatismo*

Dr. PAUL J. BILKA, Minneapolis, Minnesota

*Organización Internacional de Pediatría*

Dr. JOHN A. ANDERSON, Profesor de Pediatría, Universidad de Minnesota, Minneapolis

*Sociedad de Biometría*

Profesor RICHARD B. McHUGH, División de Bioestadística, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota, Minneapolis.

## PRESIDENCIA Y SECRETARIA DE LA CONFERENCIA Y COMPOSICION DE SUS COMISIONES

### Presidencia

De conformidad con el Artículo 18 del Reglamento Interno, se efectuó la elección del Presidente y dos Vicepresidentes de la Conferencia, quedando la Mesa Directiva integrada como sigue:

*Presidente:*

Dr. JOSÉ ALVAREZ AMÉZQUITA, México

*Vicepresidentes:*

Dr. TIBURCIO PADILLA, Argentina

Dr. MAX TERÁN VALLS, Costa Rica

*Secretario ex officio:*

Dr. ABRAHAM HORWITZ, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

### Comisión de Credenciales

La Comisión de Credenciales quedó compuesta, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 25 del Reglamento Interno, por los siguientes miembros:

*Presidente y Relator:*

Dr. MARIO ROMERO ALVERGUE, El Salvador

*Miembros:*

Dr. ROBERTO NEVÁREZ VÁSQUEZ, Ecuador

Dr. DEMETRIO CASTILLO, Venezuela

### Comisión General

Con la elección de los Delegados de Venezuela y Chile, de conformidad con el Artículo 26 del Re-

glamento Interno, la Comisión General quedó integrada como sigue:

*Presidente:*

Dr. JOSÉ ALVAREZ AMÉZQUITA, México

*Vicepresidentes:*

Dr. TIBURCIO PADILLA, Argentina

Dr. MAX TERÁN VALLS, Costa Rica

*Miembros:*

Dr. JAMES WATT, Presidente de la Comisión I, Estados Unidos de América

Dr. BICHAT RODRIGUES, Presidente de la Comisión II, Brasil

Dr. ARNOLDO GABALDON, Jefe de la Delegación de Venezuela

Sr. WALTER MÜLLER, Jefe de la Delegación de Chile

*Miembro y Secretario ex officio:*

Dr. ABRAHAM HORWITZ, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Posteriormente, por haber tenido que ausentarse los miembros titulares, y con la aprobación del pleno de la Conferencia, el Dr. Dionisio González Torres (Paraguay), Vicepresidente de la Comisión II, sustituyó en la Comisión General al Presidente de aquella, Dr. Bichat Rodrigues; el Dr. Demetrio Castillo (Venezuela) al Dr. Arnoldo Gabaldon, y el Dr. Alfredo Leonardo Bravo (Chile) al Sr. Walter Müller.

### Comisión I (Asuntos Técnicos)

De conformidad con lo dispuesto en los Artículos 28 y 30 del Reglamento Interno, la Mesa Directiva quedó compuesta por los siguientes miembros:

*Presidente:*

Dr. JAMES WATT, Estados Unidos de América

*Vicepresidente:*

Dr. AMIRO PÉREZ MERA, República Dominicana

*Relator:*

Dr. ALBERTO E. CALVO, Panamá

*Secretario:*

Dr. VÍCTOR A. SUTTER, Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana

### Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos)

Con arreglo a las mismas disposiciones del Reglamento Interno, la Mesa Directiva de la Comisión II quedó integrada como sigue:

*Presidente:*

Dr. BICHAT RODRIGUES, Brasil

*Vicepresidente:*

Dr. DIONISIO GONZÁLEZ TORRES, Paraguay

*Relator:*

Dr. DANIEL ORELLANA, Venezuela

*Secretario:*

Dr. STUART PORTNER, Jefe de Administración de la Oficina Sanitaria Panamericana

### Comisiones I y II (Sesiones Conjuntas)

Las Comisiones I y II celebraron cuatro sesiones conjuntas, para examinar diversos temas asignados por la Comisión General. La Composición de la Mesa Directiva de dichas sesiones fue la siguiente:

*Presidentes:*

Dr. JAMES WATT, Presidente de la Comisión I, Estados Unidos de América

Dr. BICHAT RODRIGUES, Presidente de la Comisión II, Brasil

*Relatores:*

Dr. ALBERTO E. CALVO, Relator de la Comisión I, Panamá

Dr. DANIEL ORELLANA, Relator de la Comisión II, Venezuela

*Secretarios:*

Dr. VÍCTOR A. SUTTER, Secretario de la Comisión I, Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana

Dr. STUART PORTNER, Secretario de la Comisión II, Jefe de Administración de la Oficina Sanitaria Panamericana

### Grupos de trabajo

Se constituyeron tres grupos de trabajo. El primero de ellos se nombró en la segunda sesión de la Comisión I (Asuntos Técnicos) para que redactara un proyecto de resolución acerca del programa de investigación sobre las estadísticas de mortalidad en las Américas (Tema 2.8 del programa) y estuvo integrado por el Dr. Victorio Vicente Olguín (Argentina), Dr. Alberto E. Calvo (Panamá), Dr. Charles L. Williams (Estados Unidos de América) y Dr. Felipe García Sánchez (México). El proyecto de resolución preparado por el grupo de trabajo se incluyó en el primer informe del Relator de dicha Comisión, siendo aprobado por la Conferencia en la octava sesión plenaria.<sup>1</sup>

El segundo grupo de trabajo se designó en la cuarta sesión de la Comisión I, con el fin de que estudiara las diversas sugerencias formuladas respecto al tema que habría de ser seleccionado para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XIV Reunión del Consejo Directivo (Tema 2.15 del programa). Este grupo de trabajo estuvo presidido por el Dr. Alfred A. Peat (Jamaica) y además formaron parte de él los Dres. Felipe García Sánchez (México) y Demetrio Castillo (Venezuela). El grupo presentó el informe correspondiente en la novena sesión plenaria de la Conferencia.

El tercer grupo de trabajo se estableció en la novena sesión plenaria para que preparara un proyecto de resolución sobre el lugar y fecha de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana (Tema 1.14 del programa). Estuvo presidido por el Dr. Roberto Nevárez Vásquez (Ecuador) y formaron par-

<sup>1</sup> Véase pág. 165.

te de él el Dr. Carlos S. Quirós (Perú) y el Sr. Howard B. Calderwood (Estados Unidos de América). El grupo de trabajo presentó en la misma sesión el proyecto de resolución sobre el citado tema, que fue aprobado por unanimidad.<sup>1</sup>

### Discusiones Técnicas

En las Discusiones Técnicas de la Conferencia, que tuvieron lugar el día 30 de agosto, se examinó el tema "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud". La Mesa estuvo constituida como sigue:

*Director de debates:*

Dr. ALFREDO LEONARDO BRAVO, Jefe del Departamento Técnico, Servicio Nacional de Salud de Chile

*Relator:*

Dr. GUILLERMO ARBONA, Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

*Consultor Técnico:*

Dr. JOHN B. GRANT, Consultor del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

*Secretario Técnico:*

Dr. RENÉ GARCÍA VALENZUELA, Asesor Regional en Atención Médica, Oficina Sanitaria Panamericana

En la novena sesión plenaria, la Conferencia examinó el informe de las Discusiones Técnicas,<sup>2</sup> adoptando una resolución sobre dicho tema.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Publicado en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. LIII, No. 6 (diciembre de 1962), págs. 562-565 y en la *Publicación Científica de la OPS* 70, 100-104.

<sup>3</sup> Resolución XXXVI. *Documento Oficial de la OPS* 48, 32-33.

<sup>1</sup> Véanse págs. 185-186.

**REGLAMENTO INTERNO DE LA CONFERENCIA SANITARIA  
PANAMERICANA, COMITÉ REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN  
MUNDIAL DE LA SALUD**

**PARTE I — REUNIONES DE LA CONFERENCIA**

*Artículo 1*

El Director de la Oficina convocará la Conferencia para que se reúna en la fecha y el país señalados de conformidad con el párrafo A del Artículo 7 de la Constitución. Las convocatorias se enviarán, con no menos de seis meses de anticipación a la fecha señalada para la inauguración de la Conferencia, a todos los Gobiernos, y a las organizaciones con derecho a representación.

*Artículo 2*

Si por cualquier motivo no pudiera celebrarse la Conferencia en el país elegido, la reunión tendrá lugar en la Sede de la Oficina.

*Artículo 3*

La sesión plenaria inaugural se celebrará en el lugar señalado por el Gobierno Huésped previa consulta con el Director de la Oficina.

*Artículo 4*

La presencia de delegaciones de la mayoría de los Gobiernos constituirá quórum para la inauguración de la Conferencia.

*Artículo 5*

Todas las reuniones de la Conferencia serán, al mismo tiempo, reuniones del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, excepto cuando la Conferencia se ocupe de cuestiones constitucionales, de las relaciones jurídicas entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud o la Organización de los Estados Americanos o de otras cuestiones relativas a la Organización Panamericana de la Salud en su carácter de Organismo Especializado Interamericano.

**PARTE II — PROGRAMA DE TEMAS DE LA CONFERENCIA**

*Artículo 6*

El programa provisional de la Conferencia será preparado por el Director de la Oficina y sometido al Comité Ejecutivo para su aprobación.

*Artículo 7*

El programa provisional comprenderá:

- (a) Cualquier tema cuya inclusión haya sido acordada por la Conferencia en una reunión anterior;
- (b) Cualquier tema cuya inclusión haya sido acordada por el Consejo en una reunión anterior;
- (c) Cualquier tema propuesto por los Gobiernos, o por organizaciones con derecho a proponer temas;
- (d) Cualquier tema que el Comité Ejecutivo desee someter a la Conferencia;
- (e) Cualquier tema que el Director de la Oficina desee someter a la Conferencia.

*Artículo 8*

El programa provisional y todos los documentos disponibles, relacionados con él, serán remitidos a los Gobiernos y organizaciones con derecho de representación, por lo menos 30 días antes de la reunión, siempre que sea posible. Se enviarán copias de dichos documentos a las autoridades nacionales de sanidad.

*Artículo 9*

La Conferencia adoptará su propio programa, y, en este trámite, introducirá en el programa provisional las adiciones o modificaciones que desee, de acuerdo con este Reglamento.

*Artículo 10*

Podrán agregarse temas complementarios al programa después de aprobado, si así se acuerda por el voto de dos terceras partes de las delegaciones presentes y votantes.

*Artículo 11*

Siempre que sea posible, toda propuesta de inclusión de un tema en el programa provisional o definitivo, deberá ir acompañada de un documento de trabajo que sirva de base para la discusión.

*Artículo 12*

El Director de la Oficina informará a la Conferencia sobre las posibles consecuencias técnicas, administrativas y financieras de todos los temas que figuren en el programa de la Conferencia.

**PARTE III — SESIONES PLENARIAS DE LA CONFERENCIA***Artículo 13*

Las sesiones plenarias se dedicarán a asuntos de interés general, y a la discusión y aprobación de los informes de las diferentes comisiones.

*Artículo 14*

Las sesiones serán públicas, a menos que se decida lo contrario.

*Artículo 15*

Una mayoría de las delegaciones que participen en la Conferencia, con derecho a voto, constituirá quórum en las sesiones plenarias, siempre que el número de delegaciones presentes no sea menor de diez.

*Artículo 16*

Los Gobiernos, las organizaciones con derecho de representación en la Conferencia y las organizaciones no gubernamentales que hayan sido invitadas comunicarán al Director de la Oficina, a ser posible con no menos de 15 días de anticipación a la fecha señalada para la inauguración de la Conferencia, los nombres de sus delegados, suplentes, asesores u observadores.

*Artículo 17*

Las credenciales de los delegados y de los observadores se entregarán al Director de la Oficina, a ser posible no menos de 24 horas antes de la sesión inaugural de la Conferencia.

## PARTE IV — MESA DIRECTIVA

*Artículo 18*

La Conferencia elegirá un Presidente y dos Vicepresidentes, quienes desempeñarán sus cargos hasta que sean elegidos sus sucesores.

*Artículo 19*

El Presidente dirigirá las sesiones de la Conferencia y desempeñará cualesquiera otras funciones que le confiera este Reglamento.

*Artículo 20*

El Presidente o un Vicepresidente en funciones de Presidente no votará ni participará en los debates, pero podrá nombrar a otro miembro de su delegación para que actúe como delegado de su Gobierno en las sesiones plenarias, a excepción del caso en que sea el único delegado de su país, circunstancia en que podrá votar.

*Artículo 21*

En ausencia del Presidente, o cuando éste delegue sus funciones, presidirá uno de los Vicepresidentes. En ausencia del Presidente y de los dos Vicepresidentes, la Conferencia nombrará uno de los delegados para que presida interinamente.

*Artículo 22*

En caso de que ni el Presidente ni ninguno de los Vicepresidentes elegidos en la reunión anterior se encuentren presentes al inaugurarse la Conferencia, presidirá el Presidente de la última reunión del Consejo o, en su ausencia, el jefe de la delegación del País Huésped.



*Artículo 23*

Los delegados de los Gobiernos Participantes que fueron elegidos para formar parte de la Mesa Directiva no actuarán en ejercicio de su cargo durante las sesiones en que se encuentre sometido a debate un asunto cualquiera de los enumerados en el Artículo 5 del presente Reglamento.

*Artículo 24*

El Director de la Oficina será Secretario *ex officio* de la Conferencia y de las comisiones, subcomités y grupos de trabajo que la misma establezca. El Director podrá delegar estas funciones.

## PARTE V — COMISIONES DE LA CONFERENCIA

*Artículo 25*

Al iniciarse la primera sesión plenaria la Conferencia nombrará una Comisión de Credenciales, integrada por tres delegados del mismo número de Gobiernos. Esta Comisión examinará las credenciales de los delegados y de los observadores e informará sin demora a la Conferencia.

*Artículo 26*

La Conferencia establecerá una Comisión General integrada por el Presidente y los dos Vicepresidentes de la Conferencia, los Presidentes de las comisiones principales que se constituyan y dos delegados de dos Gobiernos elegidos por la Conferencia entre los que no estén representados ya en la Comisión General. El Presidente de la Conferencia actuará como Presidente de la Comisión General.

*Artículo 27*

La Comisión General deberá:

- (a) Determinar la hora y lugar de las sesiones plenarios y de las sesiones de las comisiones;
- (b) Determinar el orden del día para cada sesión plenaria;
- (c) Proponer a la Conferencia la asignación de temas del programa a las comisiones;
- (d) Coordinar los trabajos de todas las comisiones;
- (e) Fijar la fecha de clausura;
- (f) Facilitar por todos los medios el despacho ordenado de los asuntos de la reunión.

*Artículo 28*

La Conferencia establecerá las comisiones principales y grupos de trabajo que considere necesarios para el despacho ordenado de los asuntos de la reunión. Los Presidentes de las comisiones principales serán elegidos por la Conferencia. Los suplentes y asesores podrán formar parte de cualquiera de las comisiones y grupos de trabajo que se establezcan.

*Artículo 29*

Las delegaciones tendrán derecho a estar representadas y a votar en todas las comisiones principales.

*Artículo 30*

Cada comisión principal elegirá un Vicepresidente y un Relator, quien informará en sesión plenaria de las conclusiones a que haya llegado la comisión.

## PARTE VI — DEBATES EN LAS SESIONES PLENARIAS

*Artículo 31*

Los informes de todas las comisiones o grupos de trabajo serán sometidos a la Comisión General para su coordinación antes de presentarlos a una sesión plenaria para consideración definitiva. Después de ser examinados por la Comisión General, dichos informes, con los proyectos de resolución que contengan, serán distribuidos, a ser posible, por lo menos 24 horas antes de celebrarse la sesión plenaria en que hayan de ser examinados.

*Artículo 32*

La Conferencia podrá limitar el tiempo concedido a cada orador.

*Artículo 33*

Cualquier delegado podrá presentar una moción de orden durante la discusión de cualquier punto, y ésta habrá de ser resuelta inmediatamente por el Presidente.

*Artículo 34*

Cualquier delegado podrá solicitar en cualquier momento que se cierre el debate. Esta moción se someterá a votación inmediatamente, después de concederle a un delegado la oportunidad de hablar en pro y a otro en contra de ella.

*Artículo 35*

El Presidente podrá en cualquier momento someter a votación la clausura del debate. De aprobarse esta moción, el Presidente dará por terminado el debate.

*Artículo 36*

Las proposiciones serán sometidas a votación por el orden en que fueren presentadas, salvo cuando la Conferencia decida lo contrario. Las proposiciones y las enmiendas se votarán por partes si así lo solicita cualquier delegado.

*Artículo 37*

Cuando se presente una enmienda a una proposición, se procederá primero a votar la enmienda, y, si es aprobada, se someterá entonces a votación la totalidad de la proposición enmendada.

*Artículo 38*

De presentarse dos o más enmiendas a una proposición, se someterá a votación, en primer término, la que, a juicio del Presidente, se aparte más del fondo de la proposición; se pondrá a votación, entre las res-

tantes enmiendas, la que más se aparte de dicha proposición, y así se continuará hasta que se hayan puesto a votación todas las enmiendas, a menos que el resultado de una de las votaciones haga innecesaria cualquier otra votación sobre la enmienda o enmiendas todavía pendientes.

#### *Artículo 39*

Se considerará como enmienda toda moción que se limite a añadir o suprimir algo en el texto de una proposición o a modificar alguna de las partes de ese texto. Cuando una moción tenga por objeto substituir una proposición por otra, se considerará que es una proposición distinta.

#### *Artículo 40*

El autor de una proposición podrá retirarla en cualquier momento antes de la votación, siempre y cuando la proposición no haya sido objeto de ninguna enmienda o cuando, habiéndolo sido, el autor de la enmienda esté conforme con que se retire. Una moción retirada podrá ser presentada de nuevo por cualquier delegado.

#### *Artículo 41*

Una proposición aprobada o rechazada no podrá ser examinada de nuevo en la misma reunión, a no ser que la Conferencia resuelva otra cosa por mayoría de dos tercios de las delegaciones presentes y votantes. Si se presenta una moción para examinar de nuevo la proposición aprobada o rechazada, sólo se concederá la palabra a dos oradores opuestos a la moción, y se pondrá ésta a votación inmediatamente después.

### PARTE VII — VOTACIÓN EN SESIONES PLENARIAS

#### *Artículo 42*

A los efectos de este Reglamento, se entenderá por "Gobiernos presentes y votantes" los que emitan un voto afirmativo o negativo o, en una elección, un voto a favor de una persona o un Gobierno elegibles de acuerdo con la Constitución o con este Reglamento. A los efectos de este Reglamento, se entenderá por "mayoría" cualquier número de votos mayor que la mitad de los votos emitidos por los Gobiernos presentes y votantes, o, en el caso de la elección de Director, cualquier número de votos mayor que la mitad del número de Gobiernos de la Organización. En el cómputo de la mayoría requerida en cualquier votación, toda ración se computará como un número entero.

#### *Artículo 43*

Se considerará que una moción ha sido adoptada cuando haya obtenido el voto afirmativo de la mayoría de los Gobiernos presentes y votantes, salvo cuando la Constitución o este Reglamento dispongan otra cosa. Si los votos se dividieran por igual, se considerará que la moción ha sido rechazada.

#### *Artículo 44*

Las votaciones de la Conferencia se efectuarán ordinariamente a mano alzada, salvo cuando algún delegado pida votación nominal, en cuyo caso se procederá a votar siguiendo el orden alfabético de las delegaciones, correspondiente al idioma del país en que se celebre la reunión. Se decidirá por sorteo qué Gobierno ha de emitir el primer voto.

*Artículo 45*

El voto de cada una de las delegaciones que participen en una votación nominal se hará constar en el acta de la sesión.

*Artículo 46*

Además de los casos previstos expresamente en otros artículos de este Reglamento, la Conferencia podrá celebrar votaciones secretas sobre cualquier asunto, si así lo acuerda previamente la mayoría de las delegaciones presentes y votantes.

*Artículo 47*

Las elecciones se celebrarán normalmente mediante votación secreta, por boletas. Sin perjuicio de lo dispuesto en cuanto a la elección de Miembros del Comité Ejecutivo y a la de Director de la Oficina, si el número de candidatos para un cargo electivo no excede del número de puestos vacantes, no será necesario efectuar la votación y los candidatos serán declarados electos.

Cuando sea necesario efectuar una votación, el Presidente designará dos escrutadores, entre las delegaciones presentes.

*Artículo 48*

Sin perjuicio de lo dispuesto en cuanto a la elección de Director de la Oficina, cuando se trate de cubrir un solo puesto electivo y ningún candidato obtenga en la primera votación la mayoría requerida, se celebrará una segunda votación que se limitará a los dos candidatos que hubieran obtenido mayor número de votos. Si de esta segunda votación resultare un empate, el Presidente decidirá la elección por sorteo entre los dos candidatos.

*Artículo 49*

Cuando se hayan de cubrir al mismo tiempo y en las mismas condiciones dos o más puestos electivos serán elegidos los candidatos que, en la primera votación, obtengan la mayoría requerida. Si el número de candidatos que obtengan dicha mayoría es menor que el número de puestos electivos que se hayan de cubrir, se efectuarán votaciones separadas para cada uno de los puestos restantes, de conformidad con el procedimiento establecido en el Artículo 48.

## PARTE VIII — DEBATES Y VOTACIONES EN LAS COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO

*Artículo 50*

El procedimiento seguido en los debates y votaciones de las comisiones y grupos de trabajo se atenderá, en cuanto sea posible, a las normas relativas a los debates y votaciones de las sesiones plenarias.

## PARTE IX — ELECCIÓN DE MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Artículo 51*

La Conferencia elegirá, por votación secreta, los Gobiernos Miembros que hayan de formar parte del Comité Ejecutivo, de conformidad con el párrafo A del Artículo 15 de la Constitución.

*Artículo 52*

El mandato de los Gobiernos Miembros elegidos para formar parte del Comité Ejecutivo comenzará inmediatamente después de la elección y se extenderá hasta que sean elegidos sus sucesores.

## PARTE X — ELECCIÓN DE DIRECTOR DE LA OFICINA

*Artículo 53*

La Conferencia elegirá al Director de la Oficina por votación secreta, en sesión plenaria, de acuerdo con el párrafo A del Artículo 21 de la Constitución.

Antes de iniciarse la votación, las delegaciones que lo deseen podrán proponer para el cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a cualquier persona que consideren idónea, pero no se establecerá ninguna lista de candidatos ni se determinarán requisitos de elegibilidad, y las delegaciones podrán votar por las personas propuestas o por cualquiera otra.

Si en las dos primeras votaciones no hay ninguna persona que reúna la mayoría requerida, se celebrarán dos votaciones limitadas a los dos candidatos que, en la segunda de las dos votaciones libres, hayan obtenido mayor número de votos. Si tampoco consigue nadie la mayoría necesaria, se alternarán dos votaciones libres con dos votaciones limitadas hasta que resulte elegido un candidato.

*Artículo 54*

En su calidad de Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, y de conformidad con los Artículos 49 y 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Conferencia someterá al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud el nombre de la persona así elegida para su nombramiento como Director Regional.

## PARTE XI — IDIOMAS OFICIALES

*Artículo 55*

Los idiomas oficiales de la Conferencia serán el español, francés, inglés y portugués.

## PARTE XII — ACTAS E INFORME FINAL

*Artículo 56*

El Informe Final contendrá todas las resoluciones adoptadas por la Conferencia.

*Artículo 57*

El Presidente de la Conferencia y el Secretario *ex officio* firmarán el Informe Final.

*Artículo 58*

Los originales firmados del Informe Final se guardarán en los archivos de la Oficina y se exhibirán a quien solicite examinarlos.

*Artículo 59*

Se prepararán durante la reunión y se distribuirán, tan pronto como sea posible y con carácter provisional, actas taquigráficas de las sesiones plenarias y actas resumidas de las sesiones de las comisiones.

*Artículo 60*

Tan pronto como sea posible, después de la clausura de la Conferencia, se reproducirán los textos definitivos de las actas, del Informe Final y de otros documentos de la Conferencia, y el Director de la Oficina remitirá ejemplares de los mismos a los Gobiernos así como a las organizaciones representadas en la Conferencia.

## PARTE XIII — ENMIENDAS DEL REGLAMENTO INTERNO

*Artículo 61*

Este Reglamento podrá ser modificado por el voto de la mayoría de las delegaciones presentes y votantes, previo aviso de 24 horas, o por mayoría de dos tercios de las delegaciones presentes y votantes, en cualquier momento.

*Artículo 62*

Todos los asuntos no previstos en este Reglamento serán resueltos directamente por la Conferencia.

---

## PROGRAMA DE TEMAS

### 1. SESIONES PLENARIAS

- 1.1 Inauguración de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana
- 1.2 Elección de la Comisión de Credenciales
- 1.3 Adopción del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana
- 1.4 Establecimiento, mediante sorteo, de la precedencia de las Delegaciones<sup>1</sup>
- 1.5 Elección del Presidente y dos Vicepresidentes
- 1.6 Constitución de las Comisiones principales
- 1.7 Adopción del programa de temas
- 1.8 Adopción del programa de sesiones
- 1.9 Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo
- 1.10 Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1958-1961)
  - 1.10.1 Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1961
- 1.11 Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud
- 1.12 Elección de dos Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Colombia y El Salvador
- 1.13 Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas
- 1.14 Lugar y fecha de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana
- 1.15 Solicitud presentada por Jamaica para su admisión como Miembro de la Organización Panamericana de la Salud

### 2. COMISION I—ASUNTOS TECNICOS

- 2.1 Elección del Vicepresidente y del Relator
- 2.3 Informe sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas
- 2.4 Informe sobre el estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas
- 2.5 Informe sobre el estado del control de la tuberculosis en las Américas
- 2.6 Informe sobre el programa de nutrición en las Américas
- 2.7 Informe sobre el estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas
  - 2.7.1 Memorándum del Acuerdo concertado entre la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, respecto a las actividades de asistencia técnica
- 2.8 Informe relativo al programa de investigación sobre las estadísticas de mortalidad en las Américas
- 2.9 Informe sobre las actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este y proyecciones futuras

<sup>1</sup> Tema suprimido por la Conferencia en su primera sesión plenaria; véase pág. 39.

- 2.10 Informe de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas (Examen de puntos específicos)<sup>1</sup>
- 2.12 Resoluciones de la Organización Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional
- 2.13 Programa de investigaciones
- 2.14 Discusiones Técnicas sobre el tema "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud"
- 2.15 Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas

### 3. COMISION II—ASUNTOS ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y JURIDICOS

- 3.1 Elección del Vicepresidente y del Relator
- 3.3 Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961
- 3.4 Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 3.5 Fondo Rotatorio de Emergencia
- 3.7 Enmiendas al Estatuto y Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 3.8 Comunicación del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos transmitiendo el Acta Final de la Octava Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores para servir de órgano de consulta en aplicación del Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca<sup>2</sup>
- 3.9 Moción de los Representantes de Nicaragua y Uruguay en la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo

### 4. SESIONES CONJUNTAS DE LA COMISION I Y DE LA COMISION II

- 2.2 Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas
- 2.11 Planes nacionales de salud
- 3.2 Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963
  - 3.2.1 Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1964
  - 3.2.2 Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964
- 3.6 Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede
- 3.10 Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria

---

<sup>1</sup> El pleno de la Conferencia no señaló ningún punto específico, en relación con este tema, para su examen por la Comisión I.

<sup>2</sup> En la primera sesión plenaria se acordó no considerar como incluido este tema; véase pág. 40.



## ACTIVIDADES SOCIALES

El Comité del Estado de Minnesota para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana preparó el programa de visitas, recepciones y actos sociales en honor de los señores Delegados y Observadores que se indica a continuación, y cuya organización estuvo a cargo de la Sección de Hospitalidad del citado Comité.

Visita al Centro Médico de la Universidad de Minnesota, que comprendió el "Variety Club Heart Hospital", el Centro de Rehabilitación y otros servicios, por invitación del Sr. Ray Amberg, Director de los Hospitales de la Universidad, el día 22 de agosto a mediodía.

Visita a las "Betty Crocker Kitchens" y a los "General Mills", organizada por la Sra. de Nate Crabtree, el día 23 de agosto a mediodía.

Asistencia al partido de béisbol entre los equipos "Washington Senators" y "Minnesota Twins", en el Estadio de Minneapolis, el día 23 de agosto a las 20 horas.

Visita al Instituto de Rehabilitación de la Fundación "Sister Elizabeth Kenny" y al Centro de Salud Pública de Minneapolis, por invitación del Dr. Frank Krusen, el día 24 de agosto a mediodía.

Excursión para visitar las instalaciones de la empresa "Minnesota Mining and Manufacturing Company", seguida de un almuerzo ofrecido por dicha empresa. La excursión comprendió además una visita a la Escuela de Agricultura de la Universidad de Minnesota, al Capitolio del Estado y otros lugares de interés, y tuvo lugar el día 29 de agosto entre las 9 h. 30 m. y las 2 h. 30 m.

Cena ofrecida a diversos grupos de Delegados y Observadores en casas particulares situadas junto al lago Minnetonka a las 18 h. 30 m. del día 25 de agosto. La organización estuvo a cargo de la Sra. de E. Wever Dobson.

Almuerzo en el Club Minikahda, organizado por la Sra. de Justin V. Smith y la Sra. de Cyril Pesak, a las 12 h. 30 m. del día 26 de agosto.

Visita a las instalaciones del nuevo "First National Bank", con almuerzo ofrecido por dicho Banco y en el que hizo los honores la Srta. Francis Baker, Cajera Adjunta del mismo. Esta visita, que fue organizada por la Sra. de Clarke Bassett, tuvo lugar el día 27 de agosto a mediodía.

Visita a la instalación depuradora de agua de Fridley; recorrido por el recinto de la Universidad de Minnesota y visita al Museo de Historia Natural de Minnesota y a la Casa-Museo de Sibley, en Mendota, el día 28 de agosto a mediodía.

Recepción ofrecida por el Comité del Estado de Minnesota para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, en la Sala Lakeland del Hotel Pick-Nicollet, a las 18 h. 30 m. del día 28 de agosto.

Visita al famoso centro comercial de Southdale, seguida de un almuerzo ofrecido por la Sra. de G. Nelson Dayton, el día 29 de agosto a mediodía.

Visita al Centro de Salud Pública de Minneapolis, que comprendió también la clínica de enfermedades torácicas y una clínica de pediatría, a invitación del Dr. Karl R. Lundeberg, el día 29 de agosto a mediodía.

Visita a la Feria del Estado de Minnesota, organizada por el Dr. Robert N. Barr, el día 29 de agosto, de las 18 a las 23 horas.

Almuerzo ofrecido por el Dr. Gaylord W. Anderson, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota, en los locales de la propia Escuela, el día 30 de agosto.

Excursión a Rochester, Minnesota, para visitar la Fundación y Clínica Mayo, por invitación de la Junta de Gobierno y el personal de la Clínica Mayo, así como del profesorado de la Fundación Mayo de Enseñanza e Investigaciones Médicas, el día 31 de agosto. La organización estuvo a cargo de la Sra. de Howard Gray.

Cena ofrecida a diversos grupos de Delegados y Observadores en casas particulares de Minneapolis y organizada por la Sra. de G. Nelson Dayton, a las 18 h. 30 m. del día 1 de septiembre.

Almuerzo en el Club Lafayette, junto al lago Minnetonka, organizado por el Sr. Edmund Montgomery y Sra., y seguido de una visita a dos granjas cercanas a Chaska, Minnesota, preparada por el Sr. Arthur Hartwell, de las 12 a las 18 horas del día 2 de septiembre.

Además, el Dr. Luther L. Terry, Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, ofreció una recepción, en la Sala Lakeland del Hotel Pick-Nicollet, el día 24 de agosto a las 18 h. 30 m. Por su parte, el Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, dio una recepción, también en dicha Sala Lakeland, a las 18 h. 30 m. del día 22 de agosto.

---

## CUADRO DIARIO DE SESIONES

1962		Plenarias	Comisión de Credenciales	Comisión General	Comisión I	Comisión II	Sesiones Conjuntas de las Comisiones I y II	Discusiones Técnicas	Total Sesiones
Martes 21	p.m.	Inaugural							1
Miércoles 22	a.m.	Primera	Primera	Primera					3
	p.m.	Segunda							1
Jueves 23	a.m.	Tercera	Segunda						2
	p.m.	Cuarta		Segunda					2
Viernes 24	a.m.	Quinta	Tercera						2
	p.m.	Sexta		Tercera					2
Lunes 27	a.m.	Séptima			Primera	Primera			3
	p.m.			Cuarta	Segunda	Segunda			3
Martes 28	a.m.						Primera		1
	p.m.						Segunda		1
Miércoles 29	a.m.						Tercera		1
	p.m.			Quinta	Tercera		Cuarta		3
Jueves 30	a.m.							Primera	1
	p.m.			Sexta	Cuarta			Segunda	3
<i>Septiembre</i> Sábado 1	a.m.	Octava		Séptima					2
Domingo 2	a.m.	Novena		Octava					2
Lunes 3	a.m.	Clausura							1
Total		11	3	8	4	2	4	2	34

## **2. ACTAS TAQUIGRAFICAS DE LAS SESIONES PLENARIAS**



## ACTAS TAQUIGRAFICAS DE LAS SESIONES PLENARIAS

### SESION INAUGURAL<sup>1</sup>

*Martes, 21 de agosto de 1962, a las 20 h. 30 m.*

---

#### Mesa de Honor

Presidente de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, Presidente Provisional de la XVI Conferencia y Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Dr. Guillermo Arbona

Dr. Bror F. Pearson, del *Board of Medical Examiners* del Estado de Minnesota, representante del Honorable Gobernador del Estado, Sr. Elmer L. Andersen

Honorable Alcalde de la ciudad de Minneapolis, Sr. Arthur Naftalin

Cirujano General, Servicio de Salud Pública, y Jefe de la Delegación de los Estados Unidos de América, Dr. Luther L. Terry

Secretario de Salubridad y Asistencia y Jefe de la Delegación de México, Dr. José Alvarez Amézquita

Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz

Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. G. Candau

---

<sup>1</sup> La sesión inaugural tuvo lugar en el Auditorio de la Biblioteca Pública de Minneapolis.

**Palabras del Presidente de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, Presidente Provisional de la XVI Conferencia y Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Dr. Guillermo Arbona**

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Es para mí un gran honor abrir la sesión inaugural de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

En esta ocasión recordamos todos el éxito que tuvo la 11ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1958 en esta bella ciudad de Minneapolis, y la cordial hospitalidad de que entonces fuimos objeto. Espero que las deliberaciones de esta Conferencia sean fructíferas y hago sinceros votos por el éxito de la misma.

Concedo la palabra, en primer lugar, al Dr. Bror F. Pearson, del *Board of Medical Examiners* del Estado de Minnesota, que ostenta en este solemne acto la representación del Honorable Gobernador del Estado, señor Elmer L. Andersen.

**Discurso del Dr. Bror F. Pearson, en nombre de Honorable Gobernador del Estado de Minnesota Señor Elmer L. Andersen**

El Dr. PEARSON (*traducción del inglés*): Es un honor para mí representar en este acto al Honorable Gobernador de nuestro Estado, señor Elmer L. Andersen, y dirigirles a ustedes la más cordial bienvenida. Seguidamente voy a dar lectura al discurso preparado para esta sesión inaugural por el Gobernador Andersen.

“Es para mí un gran placer dar la bienvenida a los Delegados a la Conferencia cuatrienal de la Organización Panamericana de la Salud, organismo oficial internacional de salud de los países y pueblos de las Américas. Nosotros, en este Estado, apreciamos la oportunidad que se nos brinda de actuar como huéspedes de la Conferencia y les deseamos todo éxito en sus deliberaciones y en sus planes para el futuro. Su presencia entre nosotros es en verdad un honor.

“Confiamos en que, mientras ustedes estén aquí, tengan tiempo para visitar nuestra Universidad, nuestros centros de investigación y adiestramiento

en medicina, nuestros hospitales y nuestros organismos de salud. Nos es muy grato recibirlos en nuestro Estado y en todas partes serán ustedes bien acogidos. Aquí se reconoce en general que muchas de estas realizaciones han sido posibles únicamente gracias a la cooperación internacional que se sintetiza tan admirablemente en esta alianza de las Repúblicas americanas en favor del mejoramiento de la salud y bienestar del hombre.

“Puedo asegurarles que los ciudadanos de este Estado apoyan vigorosamente sus esfuerzos. No dejan de impresionar los considerables progresos logrados por su Organización en los últimos sesenta años para combatir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud física y mental de los pueblos en todas partes y de los del Hemisferio Occidental en particular. Las realizaciones de la Organización Panamericana de la Salud son una inspiración para todos nosotros por sus sólidos progresos no sólo en favor del mejoramiento de la salud, sino también de una mayor comprensión entre las naciones.

“El objetivo final de todos los esfuerzos del hombre por promover la paz mundial es el de acercar más a los pueblos y hacer que se comprendan mejor. No cabe duda de que la Organización Panamericana de la Salud está aportando una contribución extraordinaria hacia el logro de esa finalidad en el Hemisferio Occidental y, por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana, en el mundo entero. Los fines humanitarios que ustedes persiguen y la vital eficacia de su labor merecen los mayores encomios.

“Hay que rendir homenaje a los Gobiernos de las Américas que, comprendiendo el valor de la salud y de la erradicación de las enfermedades, crearon este organismo internacional ya en 1902. Su continuo apoyo y estímulo del principio de que es posible lograr que todos los pueblos gocen de buena salud, constituye un tributo para el éxito de ustedes en la consecución de fines mutuamente compartidos.

“Son bien conocidas las deficiencias que existen en todas las naciones, incluso en la nuestra. Pero confiamos en que, al aunar nuestros esfuerzos, continuaremos mejorando las condiciones sociales y económicas de todos los pueblos con el fin de reducir aún más las enfermedades, la pobreza y la mortalidad.

“Hago votos por el éxito de sus deliberaciones y porque la estancia en Minnesota les resulte suma-

mente agradable. Nos sentimos en verdad honrados de tenerlos entre nosotros”.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Muchas gracias, doctor Pearson. Seguidamente hará uso de la palabra el Honorable Alcalde de la ciudad de Minneapolis, señor Arthur Naftalin.

### **Discurso del Honorable Alcalde de la ciudad de Minneapolis, Señor Arthur Naftalin**

El Sr. NAFTALIN (*traducción del inglés*): Espero que me disculpen si, al mismo tiempo que les doy la bienvenida, dedico un especial y caluroso saludo al Excmo. señor Walter Müller, Embajador de Chile. Nos sentimos honrados con su presencia, particularmente porque la ciudad de Minneapolis y la de Santiago de Chile son ciudades hermanas, con arreglo a nuestro programa de acercamiento entre los pueblos, y nos complace que se encuentre con nosotros en esta ocasión y asista a la presente Conferencia. En mi calidad de Alcalde de Minneapolis, tengo el honor, el privilegio y la satisfacción de dar la bienvenida a los Delegados de los Gobiernos de la Organización Panamericana de la Salud que asisten a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Naturalmente, ustedes comprenderán que la cordial bienvenida que les brindamos no es simplemente una manifestación de honor cívico, sino también de orgullo histórico en nuestra ciudad y en nuestro Estado, como centro de gran interés en materia de atención médica y salud pública. En 1958 tuvimos el gran honor y placer de ser la ciudad huésped de la Organización Mundial de la Salud en ocasión de celebrarse la 11ª Asamblea Mundial de la Salud. Esta experiencia de 1958 amplió nuestros horizontes y nos permitió comprender mejor los problemas de alcance mundial en el campo de la salud, y confiamos en que las deliberaciones que ustedes celebrarán en nuestra ciudad en las próximas tres semanas nos resulten igualmente provechosas.

Hemos tenido muchos intercambios fructíferos con las demás naciones del mundo en materia de salud pública lo que para nosotros constituye un proceso ininterrumpido. Nuestra Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota—de la que nos sentimos muy orgullosos, por su gran contribución no sólo al Estado y a la nación sino también al mundo

entero—ha recibido en los últimos diez años a casi 200 estudiantes graduados procedentes de otros países de las Américas, y estimamos que la formación profesional que recibieron ha sido beneficiosa para los programas que ustedes llevan a cabo. Por nuestra parte, del conocimiento de esos excelentes representantes de sus países ha nacido la amistad, un mayor aprecio de su cultura y una nueva visión de nuestros propios programas y problemas en el campo de la salud.

En materia de salud podemos mencionar también otras empresas conjuntas, sobre todo en la labor de ensayar y evaluar las vacunas de virus vivo contra la poliomielitis, administradas por vía oral, tarea en la cual la Fundación “Sister Elizabeth Kenny” colaboró en las conferencias internacionales sobre esta materia, celebradas en 1959 y 1960. El intercambio de información y la determinación, como resultado de ese intercambio, del valor de las vacunas con virus vivos atenuados contra la poliomielitis, han beneficiado a todos los países de las Américas y han conducido a la campaña de vacunación colectiva que nuestra ciudad proyecta para este otoño.

Señor Director, he observado con sumo interés en su Informe Cuadrienal y en otros documentos de la Organización Panamericana de la Salud, el análisis del “moderno concepto de la salud como un componente básico del progreso social y el desarrollo económico”, y que su exposición sobre la salud no se limita a las enfermedades sino que reconoce el papel que desempeñan los valores sociales para lograr ese grado de salud óptima que es el objetivo de la Organización.

Esos comentarios me interesaron particularmente, debido a los intensos trabajos y al programa que en la actualidad se llevan a cabo en Minneapolis en materia de vivienda, reconstrucción urbana y eliminación de casas insalubres.

Subrayando la importancia de la vivienda adecuada y de condiciones de vida sana en el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades en lo que respecta a nuestros ciudadanos, el Departamento de Salud de Minneapolis ha tomado la iniciativa en cuanto a la formulación de normas satisfactorias acerca de los aspectos de salud pública relacionados con la vivienda y ha trabajado en forma activa y muy eficaz con otros grupos y organismos de la colectividad en la planificación de las viviendas y de la reconstrucción.



Si ustedes observan alrededor del Hotel Pick-Nicollet, tendrán oportunidad de ver indicios de la obra de reconstrucción. Estamos en vías de demoler una barriada de nuestra ciudad que ha ido en decadencia, y de reconstruirla a fin de transformarla en una zona de la que podamos mostrarnos satisfechos y que sea económica y socialmente mucho más productiva. Mientras tanto, se ha prestado ayuda para volver a instalar a los antiguos residentes de esta zona en otros lugares de la ciudad. Estoy seguro de que muchos de ustedes visitarán el Centro de Salud Pública de Minneapolis, del que estamos muy orgullosos y que está sólo a unas pocas cuadras de aquí. En el vestíbulo de dicho Centro se exhiben algunos de los trabajos que se efectúan actualmente en la ciudad en materia de viviendas públicas y reconstrucción.

Quiero también dar las gracias a nuestro Comité del Estado de Minnesota para la Conferencia que, a mi juicio, ha realizado una magnífica labor organizando algunas actividades sociales para las horas libres de que dispongan ustedes durante la Conferencia. En nombre de la colectividad, expreso nuestro agradecimiento al Dr. Mayo y a la Sra. de Dalrymple, así como a todos los demás que han participado en tan excelente tarea. Nos sentimos altamente complacidos de tenerles en esta ciudad y nos hacen un gran honor con su presencia. En Minneapolis consideramos que podemos aprender mucho del intercambio de ideas y del conocimiento de los pueblos de otras naciones del mundo, y esto se aplica en especial a nuestros amigos y vecinos de América del Sur y de los países latinoamericanos en general. Es para mí un verdadero honor y una satisfacción extenderles la más cordial bienvenida a la ciudad de Minneapolis y desearles todo éxito en esta importante Conferencia.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Muchas gracias, señor Naftalin. Seguidamente hará uso de la palabra el Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, Dr. Luther L. Terry.

### **Discurso del Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, Dr. Luther L. Terry**

El Dr. TERRY (*traducción del inglés*): Es un verdadero placer darles la bienvenida a los Estados

Unidos de América en nombre del Presidente Kennedy y del pueblo norteamericano. Esperamos que su estancia entre nosotros sea muy agradable.

Quienes asistieron a la 11ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada aquí, en Minneapolis, en 1958, conocen ya la hospitalidad de esta ciudad. Estoy seguro de que el mismo espíritu de cordialidad que prevaleció en 1958 se manifestará también en esta ocasión y contribuirá a hacer más grata su permanencia entre nosotros.

En nombre de la Delegación de los Estados Unidos de América quiero manifestar que es un gran privilegio asociarnos a las autoridades de salud de las Américas en la presente Conferencia. Es al mismo tiempo una satisfacción personal ver de nuevo a tantos colegas con los que colaboré en la 15ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo pasado en Ginebra, y durante la reunión del Consejo Directivo de la OPS en octubre último.

Cabe confiar en que la OPS llevará a cabo en la década de 1960 una interesante labor. Nos corresponde desempeñar un importante papel en el Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo y en la Alianza para el Progreso. En esa Alianza, con sus amplios programas, y en el progreso social y económico de todo el Hemisferio, se cifran las esperanzas y aspiraciones de más de 350 millones de americanos del norte y del sur por alcanzar un futuro mejor.

Los principios establecidos por la Alianza para el Progreso en la Carta de Punta del Este, constituyen un índice de la labor que es preciso realizar en materia de salud pública. Uno de los doce objetivos fundamentales que las Repúblicas americanas se comprometen a alcanzar en virtud de la Alianza para el Progreso consiste, en "aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer y en elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva".

Las actividades previstas en la Alianza para el Progreso, encaminadas al logro de este objetivo, están comprendidas en programas a los que nuestra Organización ha venido dedicando su atención desde hace años. Dichas actividades comprenden la provisión de sistemas adecuados de abastecimiento de agua potable y de eliminación de aguas servidas; la erradicación de enfermedades para las que se dispone de medios de prevención eficaces, especialmente la malaria y la viruela; el adiestramiento de personal médico y de salud; la reducción de la

mortalidad infantil y el mejoramiento de la nutrición. También revisten importancia los programas de desarrollo o mejoramiento de los servicios básicos nacionales y locales de salud, la intensificación de las investigaciones médicas y la aplicación de los hallazgos que en las mismas se logren.

Si bien estos programas han figurado entre algunas de las actividades que lleva a cabo con éxito la Organización Panamericana de la Salud, todavía queda por completar la labor en gran número de esas esferas.

La viruela es todavía una enfermedad endémica en algunas zonas de nuestro Hemisferio, aunque disponemos de medios para erradicarla. En cuanto a la erradicación de la malaria en las Américas, hemos realizado un constante progreso; no obstante, hay aún 68 millones de habitantes en peligro de contraer la enfermedad, aunque gracias a las actividades de campo se está protegiendo a más de la mitad de esa población. La frambesia, que en otros tiempos constituía un grave problema en el Hemisferio, está a punto de desaparecer.

Resulta muy alentador el progreso que han realizado muchos países de las Américas en la erradicación del *Aedes aegypti*, y les felicitamos por el éxito obtenido en esta difícil tarea. En nombre de mi Delegación, me complace en informar que los Estados Unidos de América tienen planes en marcha para erradicar el vector urbano de la fiebre amarilla en aquellas zonas del país donde existe, así como en Puerto Rico y en las Islas Vírgenes.

Los Estados Unidos de América se sienten orgullosos de unirse a otros países de las Américas, a fin de proseguir con firmeza la consecución de los objetivos de la Alianza para el Progreso en materia de salud. Esta es una verdadera alianza, es decir una alianza con naciones del Hemisferio que colaboran en beneficio de todas. Como dijo el Presidente Kennedy al proponer que todas las Repúblicas americanas se asociaran en una Alianza para el Progreso, podemos "transformar la década de 1960 en un decenio histórico de progreso democrático".

La labor que hasta la fecha ha venido llevando a cabo la OPS, respondiendo a los compromisos derivados de la Alianza para el Progreso, es impresionante. Se han continuado y ampliado las actividades destinadas a resolver problemas prioritarios en todos los principales campos de salud. La atención que dedica la Organización a la planificación de medidas a largo plazo en materia de salud cons-

tituye un importante paso hacia la culminación de la letra y del espíritu de la Carta de Punta del Este.

En el Informe Anual del Director y en otras publicaciones de la OPS hay abundantes pruebas de que la Organización asume muy escrupulosamente su responsabilidad de relacionar la salud con el desarrollo económico y social. Uno de los muchos y excelentes ejemplos es la importante labor que lleva a cabo el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Esta labor es significativa, no sólo desde el punto de vista del desarrollo económico, sino también del mejoramiento de la nutrición, pues la fiebre aftosa reduce la producción de leche y carne en un 20 por ciento.

La eficaz orientación de la OPS nos permitirá realizar un esfuerzo enérgico y sostenido para elevar el crecimiento económico y el desarrollo social mediante el mejoramiento de la salud pública. De esta manera podremos aumentar la influencia de nuestra Organización a medida que va cumpliendo su misión.

Si en la OPS desarrollamos nuestros esfuerzos cooperativos con firmeza y visión, desempeñaremos un importante papel en la Alianza para el Progreso al aportar una contribución duradera al desarrollo económico y social del Hemisferio Occidental.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Muchas gracias, doctor Terry. Seguidamente va a hacer uso de la palabra el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Dr. Abraham Horwitz.

#### **Discurso del Señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz**

El Dr. HORWITZ: Interpretar y hacer viables los postulados y los propósitos de una organización en los diversos períodos de su evolución histórica, es la tarea fundamental que les corresponde a quienes tienen la responsabilidad de dirigir sus destinos. Mayor aún es esta responsabilidad cuando lo que la organización persigue revela la opinión de un cuerpo colegiado constituido por Gobiernos y sus objetivos están destinados a millones de seres humanos. Porque, en esencia, las empresas de bien público, cualquiera que sea su naturaleza, deben tener fines humanitarios y realizarlos a tono con las corrientes sociales de cada época.

El 2 de diciembre del año en curso cumple la Organización Panamericana de la Salud 60 años de vida ininterrumpida. Desde 1948, al crearse la Organización Mundial de la Salud, ha visto su campo de acción enriquecido y ampliado. Su presencia en las Américas representa hoy símbolo y tradición. Siguen vigentes, sólo que con más intensidad y mejores probabilidades, los propósitos que le dieron origen: evitar las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de los habitantes. Los problemas que informan su gestión se han modificado en el curso de este siglo en forma y contenido, es decir, en magnitud y características, porque han evolucionado simultáneamente los conocimientos científicos y su aplicación, la cultura y el modo de vivir de las personas y sus familias. La salud individual y colectiva es un reflejo de la vida en sociedad y en cada persona es testimonio de las huellas que ha dejado su experiencia en la vida y la historia en su especie.

Las circunstancias de los años recientes en las Américas le han dado a la función salud su propia perspectiva. Ha contribuido a ello una mejor concepción de su significado en una época en que la enfermedad y la pobreza no se aceptan como inevitables y en que se ha planteado el hacer llegar los beneficios de la civilización a toda la humanidad; y de esta posibilidad hay honda conciencia en las Américas de nuestro tiempo. Se ha asignado a las acciones de prevenir y de curar una finalidad que desborda con mucho su campo específico. Están sin duda destinadas a promover el crecimiento normal de los niños y el bienestar de los adultos. Sin embargo, en última instancia son parte del progreso social que resulta y estimula el desarrollo económico.

Los postulados que gobiernan a la Organización Panamericana de la Salud, como lo han determinado sus Cuerpos Directivos en los últimos años, se analizan a la luz de esta concepción moderna que hace de la salud un componente del desarrollo económico y del bienestar. Esta política está en consonancia con las ideas y los esfuerzos que dominan hoy en los países del Continente, en busca de mejores condiciones de vida para sus habitantes. Su expresión más conspicua es la Alianza para el Progreso, cuyo ideario, metas y métodos se enuncian en la Carta de Punta del Este. Como tuvimos oportunidad de señalar en ocasión reciente: "Tres ideas parecen sintetizar el pensamiento dominante hoy en las Américas: *acelerar* el crecimiento económico y simul-

táneamente promover el bienestar social; *establecer* prioridades en los problemas con el fin de invertir los recursos en aquellos que son prevalentes, lo que equivale a planificar y programar; *integrar*, en el seno de cada país, las acciones destinadas a darle a cada ser humano mejores condiciones de vida y oportunidades más adecuadas para su capacidad de crear, de producir y de consumir. A la vez, vigorizar la colaboración entre los países hacia un amplio intercambio de conocimientos, de experiencias y de productos".<sup>1</sup> Hoy hablamos aún de la urgencia de una integración económica y de una interdependencia política.

Progresivamente, los programas de salud se orientan o se extienden en el seno de cada país hacia la solución de los problemas más apremiantes, no sólo por su influencia en la morbilidad y en la mortalidad, sino también por su significado para la economía. Como una consecuencia lógica se mejoran los instrumentos de que dispone la salud pública para cumplir con su cometido, es decir, la planificación, la formación de técnicos—profesionales y auxiliares—la organización y la administración de los servicios y la investigación científica. De los progresos realizados por cada Gobierno en los últimos cuatro años oiremos un informe en esta XVI Conferencia Sanitaria Panamericana que se inaugura hoy, y con motivo de la cual quiero expresar a los señores representantes de los Gobiernos y de los Organismos Internacionales mi agradecimiento por su presencia y mis deseos porque se cumplan los propósitos que inspiran esta reunión.

Daremos cuenta, a nuestra vez, de la labor que ha realizado la Oficina Sanitaria Panamericana en el mismo lapso en la función de asesoría que le han encomendado los Gobiernos. La información en su conjunto será reflejo del significado y de la importancia que se concede hoy a la prevención y curación de las enfermedades y a la promoción de la salud en el complejo panorama social de nuestra época. Mostrará también la forma en que se proyecta incorporar dichas acciones al proceso general de desarrollo en cada país.

La Conferencia considerará, asimismo, problemas fundamentales que son de importancia para todos

<sup>1</sup> Trabajo presentado a la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial, de la Organización de los Estados Americanos, Punta del Este, Uruguay, 5-17 de agosto de 1961. Reimpreso en *Publicaciones Varias de la OPS* 68, 11-13.

los Gobiernos. Su análisis permitirá reafirmar o establecer criterios para acelerar su solución en la medida que tengan prioridad en lo social y en lo económico y, en esta virtud, queden incorporados en los planes nacionales de salud. Para cada uno de ellos será posible determinar lo que queda por hacer, sobre la base de las dificultades que han ocurrido, así como en la aplicación de métodos biológicos o de otra naturaleza, largamente probados. Seguimos pensando que es signo de progreso científico el poder identificar áreas que requieren investigaciones para poder dar término a una empresa de importancia nacional o continental.

Cuentan hoy la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud con una doctrina y normas de trabajo que les permiten colaborar adecuadamente con los Gobiernos para promover el desarrollo y el bienestar, mejorando la salud individual y colectiva dentro del marco del crecimiento económico. Por sus fundamentos, sus realizaciones y sus proyecciones, confiamos en que la Conferencia reafirmará esta política. Quienes han tenido la responsabilidad de dirigir los destinos de la Organización habrán cumplido así con la tarea fundamental de haber interpretado y hecho viables sus postulados en un período singular de la vida de las Américas.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Muchas gracias, doctor Horwitz. Seguidamente hará uso de la palabra el Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. G. Candau.

#### **Discurso del Señor Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. G. Candau**

El Dr. CANDAU (*traducción del inglés*): Es un gran honor y un placer para mí asistir a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas y transmitir a los señores Delegados el saludo de la Organización Mundial de la Salud. Me complace también encontrarme de nuevo en la encantadora ciudad de Minneapolis, que todos recordamos en la OMS por su generosa hospitalidad y la colaboración prestada por la población del Estado y de esta ciudad durante nuestra Asamblea Mundial de la Salud, en 1958. Su extraordinaria gentileza es bien conocida en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud trabajan en muy estrecha cooperación y han logrado una integración completa de todas las actividades en las Américas. En esta oportunidad quisiera destacar la importancia que concedemos a esta íntima colaboración y la satisfacción que siento al reconocerlo. En las Américas se han resuelto en forma muy eficiente muchos de los problemas con que se enfrenta la Organización Mundial de la Salud en el mundo. Entre los principales programas de la OMS, quisiera mencionar el éxito de los que se llevan a cabo en las Américas en materia de erradicación de la malaria, erradicación de la viruela y saneamiento del medio. Los progresos realizados en el programa de erradicación de la malaria indican muy claramente que, en este aspecto, las Américas sólo van a la zaga de Europa.

La erradicación de la viruela, que desde hace muchos años ha formado parte del programa de las Américas y que pasó a ser programa mundial en 1958, en virtud de una resolución adoptada en la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Minneapolis,<sup>1</sup> ha acusado constantes progresos en las Américas. En muchos países la viruela ya ha desaparecido y algunos de los que representan los focos más importantes de la enfermedad están adoptando las medidas necesarias para erradicarla. La viruela es una enfermedad que ya no puede detenerse exclusivamente con disposiciones internacionales en materia de salud. En vista de la rapidez de los medios actuales de transporte internacional, es evidentemente imposible combatir la enfermedad sin preparar primero el terreno para la labor de prevención en los focos existentes en los distintos países del mundo. La protección de los países donde ya se ha erradicado la enfermedad requiere un esfuerzo continental para eliminar los focos restantes.

El programa de abastecimiento de agua, en la ejecución del cual se ha tropezado con tantas dificultades en diversos lugares del mundo, ha revelado grandes posibilidades de desarrollo en las Américas, y si se examina detenidamente el informe del Dr. Horwitz sobre la labor realizada el año pasado en esta Región se comprenderá cuánto se ha conseguido en materia de saneamiento del medio. En la Organización Mundial de la Salud esperamos sinceramente que será posible extender a otras par-

<sup>1</sup> *Act. of. Org. mund. Salud 87, 41-42.*

tes del mundo los planes establecidos en las Américas para el financiamiento de esos programas.

Por otra parte, el programa de investigaciones médicas que, como ustedes recordarán, deriva de una resolución propuesta por el Dr. Milton Eisenhower en nombre del Gobierno de los Estados Unidos de América y aprobada por la Asamblea en Minneapolis, en 1953,<sup>1</sup> se ha venido desarrollando paulatinamente en los tres o cuatro últimos años, y es evidente que reviste enorme importancia para el progreso de la medicina en el mundo. No basta con aplicar los conocimientos que poseemos; es también de suma importancia que procuremos descubrir medios mejores y más eficaces para combatir las enfermedades y mejorar la salud. El programa en las Américas se ha desarrollado este último año, y no cabe duda de que la cooperación y coordinación en el campo de la investigación médica contribuirán a resolver muchos de los problemas peculiares de la Región.

Si ustedes consideran el panorama mundial en materia de salud, tendrán que reconocer que el problema más importante que enfrentamos es la escasez de personal. A este respecto, las Américas no constituyen una excepción; ustedes necesitan más médicos, más enfermeras, más funcionarios de salud pública, más educadores sanitarios, etc. Piensen por un momento en la situación existente en otras Regiones del mundo. Es posible que no sea muy buena en las Américas, pero ciertamente es peor en muchas otras partes del mundo. Creo que ha llegado el momento de que los países de este Hemisferio examinen con más detenimiento los problemas de otras Regiones. Los Gobiernos deben facilitar los servicios de personal técnico a las organizaciones internacionales; además, deben estimular a expertos para que trabajen en otras Regiones del mundo. Es evidente que debido a la manera de abordar los problemas humanos en las Américas y a nuestra experiencia de condiciones climatológicas semejantes, los técnicos de muchos países de la Región están capacitados para prestar servicio en las demás del mundo. Pienso especialmente en los problemas a que actualmente hacemos frente en Africa. Es importante que nuestro descontento ante la escasez de recursos no nos ciegue hasta el punto de no reconocer que otros pueblos tienen aún mayores necesidades. No debemos ser egoístas, preocupándonos exclusivamente por las

Américas. El mundo necesita ayuda y muchos países de este Hemisferio pueden brindarla a otras Regiones.

Señor Presidente, quiero expresar los votos de la Organización Mundial de la Salud por el éxito de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, y tengo la convicción de que la labor que ustedes realicen en las próximas semanas será para el mundo en general una demostración de la cooperación, el entendimiento y la ayuda mutua que existe entre los países de las Américas.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Muchas gracias, doctor Candau. Seguidamente hará uso de la palabra, en nombre de las Delegaciones a la Conferencia, el Excmo. señor Secretario de Salubridad y Asistencia y Jefe de la Delegación de México, Dr. José Alvarez Amézquita.

#### **Discurso del Excmo. Señor Secretario de Salubridad y Asistencia y Jefe de la Delegación de México, Dr. José Alvarez Amézquita**

El Dr. ALVAREZ AMÉZQUITA: Es para mí un honor dirigirme a ustedes en representación de las Delegaciones de los países que integran la Organización Panamericana de la Salud.

En la Conferencia que hoy se inicia, se han de valorar los diversos programas que se llevan a cabo y se proyectarán los nuevos, dentro de un marco constructivo y de comprensión, en la búsqueda de la salud y del bienestar del hombre, común denominador del nuevo panamericanismo humanitarista.

Nadie duda en la actualidad que la salud individual y colectiva contribuye en gran medida al desarrollo de un país, puesto que forma parte integrante de las posibilidades de mejora económica y social. Como ejemplo de la trascendencia de estas acciones, citaremos las campañas de erradicación del paludismo, que permiten abrir muchas tierras nuevas al cultivo, superficies antes perdidas, puesto que la citada enfermedad hacía imposible la vida del hombre en ellas.

La medicina en sus diversas ramas—prevención, curación, adiestramiento de técnicos, investigación científica y rehabilitación—sólo puede concebirse como función social, encaminada a atender necesidades básicas cuya satisfacción es parte integrante de la dignidad humana. La salud es impondera-

<sup>1</sup> *Ibid.*, págs. 32-33.

ble, es como la libertad; se estima mucho más cuando se pierde.

Un pueblo enfermo y con hambre no puede progresar; es por esto que las acciones para eliminar las enfermedades y mejorar la nutrición y la educación constituyen pilares fundamentales para el desarrollo económico y la búsqueda de la felicidad.

Problemas comunes de la América Latina son la insalubridad, la ignorancia y la pobreza en grandes sectores de población. Luchar contra estos tres enemigos ancestrales, estableciendo planes bien concebidos, con conciencia de justicia social para el mejoramiento de la colectividad, constituye acción viva que ha de permitir día a día el logro del bienestar y la felicidad para los habitantes de nuestra América.

La Alianza para el Progreso tiene como finalidad acelerar el desarrollo económico y social de América para lograr mejores condiciones de vida. El esfuerzo ha de ser hecho por los pueblos mismos, contando con la cooperación de dicha Alianza que ha de coadyuvar a la solución de los problemas básicos de nuestros países.

Los índices de mortalidad y morbilidad disminuyen; quisiéramos que existiera otro índice que señalara el aumento de la felicidad de los habitantes de nuestros pueblos.

A esta reunión venimos a aprender y a enseñar; la experiencia es indudablemente utilizada para el bien común. La coordinación de los diversos programas en el aspecto técnico se logra a través de la Organización Panamericana de la Salud, lo que permite sintetizar los esfuerzos que cada uno de los Gobiernos hace por su propia iniciativa.

Nadie discute la universalidad de la ciencia; una misma idea puede ser aplicable a diversas comunidades, pero los programas, en su ejecución, han de adaptarse a las necesidades y recursos de las naciones.

Es necesario y justo mencionar que el doctor Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, ha colaborado siempre con los países en los diversos programas que éstos le han propuesto. Lo ha hecho siempre con capacidad, buena voluntad y alto sentido de responsabilidad, imprimiendo con sus ideas y su acción una nueva filosofía a las actividades de nuestra Organización. Los integrantes técnicos de la Oficina Sanitaria Panamericana que prestan sus servicios en diversas naciones, no están en calidad de asesores colocados en plano superior, sino que forman parte de los grupos de trabajo de cada país y sienten como propios los problemas de las comunidades en las que actúan; en otras palabras, contribuyen al desarrollo y al progreso de los pueblos a los que sirven. Al Director de la Oficina y a nosotros, nos satisface que su personal haya sabido interpretar sus ideas. Vaya nuestro reconocimiento al doctor Abraham Horwitz y a sus colaboradores.

También deseamos expresar nuestros parabienes al Dr. M. G. Candau, Director General de la Organización Mundial de la Salud, así como a las autoridades y al pueblo de esta ciudad de Minneapolis que con toda cordialidad y en un marco de belleza de lagos y árboles frondosos es sede de nuestra Conferencia.

Hacemos votos porque la Organización Panamericana de la Salud, que muy pronto ha de cumplir 60 años de vida, continúe laborando para que podamos alcanzar nuevos progresos en el campo técnico y social que se nos ha encomendado, y que nuestra lucha contra la insalubridad, la ignorancia y la pobreza contribuya al logro del bienestar colectivo.

El PRESIDENTE PROVISORIAL: Muchas gracias, Dr. Alvarez Amézquita. Cumplido el orden del día, se levanta la sesión.

*Se levanta la sesión a las 21 h. 15 m.*

## PRIMERA SESION PLENARIA

*Miércoles, 22 de agosto de 1962, a las 9 h. 30 m.*

*Presidente Provisional: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos de América)*

*Presidente: Dr. JOSÉ ALVAREZ AMÉZQUITA (México)*

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Queda abierta la primera sesión plenaria de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

Al saludarles, deseo, antes de entrar en el orden del día, expresar de nuevo mi gratitud por haber sido designado para presidir la XV Conferencia, celebrada en San Juan de Puerto Rico hace cuatro años, circunstancia por la cual me encuentro con ustedes en el día de hoy. Anoche celebramos nuestra sesión inaugural a la que muchos de ustedes asistieron; hoy iniciamos nuestras sesiones plenas y estoy seguro de que todos tenemos la gran esperanza de que ésta sea una Conferencia productiva, que se traducirá en un mejor servicio de salud para nuestros pueblos.

### Tema 1.2: Elección de la Comisión de Credenciales

El PRESIDENTE PROVISIONAL: De acuerdo con el orden del día, el primer punto es la constitución de la Comisión de Credenciales. La Presidencia se permite proponer a la consideración de la Conferencia, para que integren dicha Comisión, a los señores Delegados de Venezuela, El Salvador y Ecuador. ¿Hay alguna otra propuesta? No habiéndola, queda aprobada la designación de Venezuela, El Salvador y Ecuador para formar parte de la citada Comisión, que habrá de reunirse inmediatamente.

En consecuencia, se suspende la sesión, que será reanudada una vez que la Comisión examine las credenciales y emita su informe.

*Se suspende la sesión a las 10 h. y se reanuda a las 11 h.*

### Primer Informe de la Comisión de Credenciales

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Se reanuda la sesión. La Presidencia ruega al Dr. Mario Romero Alvergue, de El Salvador, Presidente de la Comisión de

Credenciales, que se sirva presentar el informe de la misma.

El Dr. ROMERO ALVERGUE (El Salvador, Presidente y Relator de la Comisión): El informe dice así:

La Comisión de Credenciales, constituida en la primera sesión plenaria e integrada por el Dr. Demetrio Castillo de Venezuela, el Dr. Roberto Nevárez Vásquez del Ecuador, y el Dr. Mario Romero Alvergue de El Salvador, se ha reunido en la Sala "Birchwood" del Hotel Pick-Nicollet, el día 22 de agosto de 1962.

La Comisión acordó designar Presidente y Relator al Dr. Mario Romero Alvergue de El Salvador.

La Comisión examinó las credenciales y documentos recibidos de los Gobiernos y tiene el honor de proponer que se consideren como debidamente acreditadas ante la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana a las Delegaciones siguientes: Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Reino de los Países Bajos, Reino Unido, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. El Gobierno de Canadá ha acreditado un observador oficial.

La Comisión de Credenciales se reunirá nuevamente para examinar las de los Delegados de aquellos Gobiernos de los cuales hasta ahora no se han recibido credenciales.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Alguna observación sobre este informe? De no haberla, se considerará aprobado.

*Queda aprobado el primer informe de la Comisión de Credenciales.*

### Tema 1.3: Adopción del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Ruego a la Secretaría que dé lectura al documento sobre el proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): Los señores Delegados tienen en su poder el Documento

CSP16/2,<sup>1</sup> que se refiere a la adopción del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

*El Dr. Sutter da lectura seguidamente al citado documento.*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): En el anexo a este documento figura el texto del Reglamento Interno de la Conferencia.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Han oído ustedes la exposición de la Secretaría sobre este asunto. El proyecto de Reglamento Interno se ha distribuido a las Delegaciones. ¿Cuál es el deseo de la Conferencia? ¿Hay alguna objeción que formular a la adopción del Reglamento presentado a su consideración? No habiendo ninguna, doy por aprobado el Reglamento.

*Queda aprobado el Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana.<sup>2</sup>*

#### **Tema 1.4: Establecimiento, mediante sorteo, de la precedencia de las Delegaciones**

El PRESIDENTE PROVISIONAL: No es necesario establecer, mediante sorteo, la precedencia de las Delegaciones, puesto que en el nuevo Reglamento ha quedado eliminado ese procedimiento. Pasaremos, por tanto al siguiente tema del orden del día.

#### **Tema 1.5: Elección del Presidente y dos Vicepresidentes**

El PRESIDENTE PROVISIONAL: De acuerdo con el Artículo 8 de nuestra Constitución, la Conferencia elegirá su Mesa Directiva y adoptará su propio Reglamento. La Mesa Directiva ha de estar formada por un Presidente y dos Vicepresidentes, quienes desempeñarán sus cargos hasta que sean elegidos sus sucesores.

Se invita a los señores Delegados a que presenten candidatos para Presidente. Tiene la palabra el Delegado de los Estados Unidos de América.

El Dr. TERRY (Estados Unidos de América): Me

permito proponer para la Presidencia al Dr. José Alvarez Amézquita, de México.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Tiene la palabra el Delegado de Chile.

El Dr. BRAVO (Chile): Deseo apoyar el nombramiento propuesto.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Tiene la palabra el Delegado de Cuba.

El Dr. MARTÍNEZ JUNCO (Cuba): La Delegación de Cuba apoya la candidatura del Dr. Alvarez Amézquita.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Tiene la palabra el Delegado de Nicaragua.

El Dr. URUCUYO (Nicaragua): La Delegación de Nicaragua apoya igualmente la candidatura del Dr. Alvarez Amézquita.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: No habiendo otras propuestas, queda elegido Presidente de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana el Dr. José Alvarez Amézquita, Secretario de Salubridad y Asistencia y Jefe de la Delegación de México, a quien invito a que pase a ocupar la Presidencia

*El Dr. Alvarez Amézquita (México) pasa a ocupar la Presidencia.*

El PRESIDENTE: Se va a proceder a la elección de los dos Vicepresidentes. Ruego a los señores Delegados que se sirvan proponer candidatos. Tiene la palabra el Delegado de El Salvador.

El Dr. ROMERO ALVERGUE (El Salvador): Me permito proponer a los señores Jefes de las Delegaciones de la Argentina y de Costa Rica para ocupar los cargos de Vicepresidentes.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna otra proposición? El Dr. Tiburcio Padilla es el Jefe de la Delegación de la Argentina, y el Dr. Max Terán Valls es el Jefe de la Delegación de Costa Rica. No habiendo ninguna objeción a sus candidaturas, declaro elegidos Vicepresidentes de la Conferencia a los Dres. Padilla y Terán Valls.

#### **Tema 1.6: Constitución de las Comisiones principales**

El PRESIDENTE: La Secretaría va a dar lectura al Artículo 28 del Reglamento Interno de la Con-

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

<sup>2</sup> Resolución I. Documento Oficial de la OPS 48, 9. El Reglamento Interno aprobado figura en las páginas 13-21 de este volumen.



ferencia, que se refiere a la constitución de las Comisiones principales.

*El Dr. Sutter (Subdirector, OSP) da lectura al mencionado Artículo 28 del Reglamento Interno.*

El PRESIDENTE: Hay, que proceder, por tanto, al nombramiento de los Presidentes de las dos Comisiones principales. La Comisión I tiene a su cargo los asuntos técnicos. Solicito de los señores Delegados nombres de candidatos para la Presidencia de esta Comisión.

El Sr. MÜLLER (Chile): Me permito proponer al Dr. James Watt, de la Delegación de los Estados Unidos de América, para ocupar la Presidencia de la Comisión I. Por sus conocimientos técnicos y por los puestos que ha desempeñado en su país reúne todas las condiciones requeridas para ser un magnífico Presidente de dicha Comisión.

El PRESIDENTE: No habiendo objeciones, queda elegido Presidente de la Comisión I (Asuntos Técnicos) el Dr. James Watt, de los Estados Unidos de América.

Se ruega a los señores Delegados que presenten candidatos para la Presidencia de la Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos). Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): Me permito proponer el nombramiento del Dr. Bichat Rodrigues, del Brasil.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna otra proposición? No habiéndola, se declara elegido Presidente de la Comisión II al Dr. Bichat Rodrigues, del Brasil.

Ahora corresponde designar dos Delegados para que integren la Comisión General, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 26 del Reglamento Interno. Me permito proponer a ustedes a los señores Delegados de Venezuela y Chile para formar parte de dicha Comisión. ¿Hay alguna otra proposición? Tiene la palabra el Dr. Montalván, del Ecuador.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): Deseo solicitar del señor Presidente, que acaba de hacer las propuestas para nombramientos de la Comisión General, que dé los nombres de las personas objeto de su proposición, no simplemente los de las Delegaciones.

El PRESIDENTE: Es para mí un agrado proponer como candidatos al Dr. Arnoldo Gabaldon, Ministro de Sanidad y Asistencia Social y Jefe de la Delegación de Venezuela, uno de los grandes trabajadores de salud pública de América Latina y al Jefe de la Delegación de Chile, Sr. Walter Müller. ¿Están de acuerdo los señores Delegados? No habiendo ninguna objeción, quedan elegidos para formar parte de la Comisión General. La Presidencia se permite proponer que suspendamos la sesión durante unos 10 minutos.

*Se suspende la sesión a las 11 h. 15 m. y se reanuda a las 11 h. 27 m.*

### **Tema 1.7: Adopción del programa de temas**

El PRESIDENTE: Se reanuda la sesión. El siguiente punto del orden del día es la adopción del Programa de temas que figura en el Documento CSP16/1, Rev. 2.<sup>1</sup> En vista de la naturaleza técnica de los programas de salubridad y teniendo en cuenta la doble función de la Oficina Sanitaria Panamericana, como entidad panamericana y como organismo dependiente de la OMS, propongo que se elimine del programa el tema 3.8, "Comunicación del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos transmitiendo el Acta Final de la Octava Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores para servir de órgano de consulta en aplicación del Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca". ¿Hay objeción? No habiendo ninguna, así queda acordado.

También me permito proponer que se incluya en el programa de temas la solicitud de Jamaica para su admisión como Miembro de la Organización Panamericana de la Salud. Si se aprueba la propuesta, la Comisión General determinará el momento en que este tema haya de ser discutido. El Delegado del Ecuador tiene la palabra.

Dr. NEVÁREZ (Ecuador): Propongo, de acuerdo con instrucciones expresas de mi Gobierno, que el asunto de Jamaica sea tratado en este momento y resuelto, si es posible, en esta sesión plenaria de la Conferencia.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Honduras.

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

El Dr. JAVIER (Honduras): La Delegación de Honduras considera que debe establecerse un procedimiento para la admisión de nuevos Miembros en la Organización. Por otra parte, apoyamos la propuesta del señor Presidente, en el sentido de que la solicitud de ingreso de Jamaica sea discutida en el momento que determine la Comisión General.

El Dr. PADILLA (Argentina): Quiero expresar la opinión de la Delegación de la Argentina, en cuanto a que no se postergue la consideración del ingreso de Jamaica en la Organización. Me parece que sería privar de intervención a uno de los países que tienen pleno derecho a participar en esta Conferencia. Por consiguiente, propongo una moción expresa en el sentido de que este asunto se trate cuanto antes.

El PRESIDENTE: Ante la moción del Dr. Padilla,

la Presidencia sugiere que la solicitud de Jamaica se trate lo más pronto posible y que el asunto pase a la Comisión General, con el objeto de establecer el procedimiento legal adecuado. Si ningún otro Delegado desea hacer uso de la palabra, se dará por aprobado el programa de temas con la supresión y la adición ya indicadas.

*Queda aprobado el programa de temas contenido en el Documento CSP16/1, Rev. 2, con la supresión y la adición propuestas por el Presidente.<sup>1</sup>*

El PRESIDENTE: Se levanta la sesión.

*Se levanta la sesión a las 11 h. 36 m.*

<sup>1</sup> El programa de temas aprobado figura en las páginas 22-23.

## SEGUNDA SESION PLENARIA

*Miércoles, 22 de agosto de 1962, a las 15 horas*

*Presidente: Dr. JOSÉ ALVAREZ AMÉZQUITA. (México)*

*Después: Dr. TIBURCIO PADILLA (Argentina)*

### Tema 1.8: Adopción del programa de sesiones

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. El primer punto del orden del día es el tema 1.8 (Adopción del programa de sesiones). Ruego al Dr. Sutter que presente este tema.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): De acuerdo con la práctica establecida, la Secretaría ha preparado el proyecto de programa de sesiones que aparece en el Documento CSP16/15.<sup>1</sup> Este proyecto se limita a dar una idea general y global de los temas que se van a discutir y de su posible distribución en el período de tiempo señalado para la duración de la Conferencia.

Como saben los señores Delegados, corresponde a la Comisión General no sólo determinar la hora y lugar de las sesiones plenarias y de las sesiones

de las Comisiones, sino también fijar, el orden del día de cada sesión plenaria y proponer a la Conferencia la asignación de temas del programa a las Comisiones. De hoy en adelante, los temas correspondientes a cada sesión se publicarán en el *Diario* de la Conferencia.

El PRESIDENTE: Se somete a la consideración de los señores Delegados el programa de sesiones preparado por la Secretaría. ¿Alguna observación u objeción a este programa? No habiendo ninguna, se considera aprobado.

*Queda aprobado el programa de sesiones propuesto en el Documento CSP16/15.*

### Tema 1.9: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo

El PRESIDENTE: El siguiente tema es el examen del Informe Anual del Presidente del Comité Eje-

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

cutivo, que figura en el Documento CSP16/22.<sup>1</sup> Tiene la palabra el Dr. Victorio Vicente Olgún, Representante de la Argentina en el Comité Ejecutivo y Presidente del mismo, para que presente dicho informe.

*El Dr. Olgún da lectura al Documento CSP16/22.<sup>1</sup>*

El PRESIDENTE: Agradecemos al Dr. Olgún y a los miembros del Comité Ejecutivo la labor desarrollada, que en forma clara ha sido sintetizada en el informe que acabamos de escuchar.

Ruego al Subdirector de la Oficina que dé a conocer el proyecto de resolución sobre este tema, preparado por la Secretaría, para que ustedes, si les parece bien, lo aprueben.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): El proyecto de resolución dice así:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el Informe Anual del Comité Ejecutivo (Documento CSP16/22), presentado por su Presidente, Dr. Victorio Vicente Olgún, Representante de la Argentina; y

Considerando lo dispuesto en el párrafo F del Artículo 4 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

Aprobar el Informe Anual (Documento CSP16/22) del Comité Ejecutivo y felicitar a su Presidente, Dr. Victorio Vicente Olgún, Representante de la Argentina, junto con los miembros del Comité, por la labor realizada.

El PRESIDENTE: Queda a la consideración de ustedes el proyecto de resolución leído por el Dr. Sutter. ¿Algún comentario? Los que estén de acuerdo con su aprobación, sírvanse levantar la mano.

*Queda aprobado por unanimidad el proyecto de resolución.<sup>2</sup>*

### **Tema 1.15: Solicitud presentada por Jamaica para su admisión como Miembro de la Organización Panamericana de la Salud**

El PRESIDENTE: La Secretaría va a informar acerca de la solicitud presentada por Jamaica para su ingreso en la Organización.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): Se ha distribuido a los señores Delegados el Documento

CSP16/37,<sup>3</sup> referente a la solicitud presentada por Jamaica para su admisión como Miembro de la Organización Panamericana de la Salud. De acuerdo con la decisión adoptada por la Comisión General, este asunto constituirá el primer punto del orden del día de la tercera sesión plenaria, que tendrá lugar mañana jueves.

### **Tema 1.10: Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1958-1961)**

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Director de la Oficina, Dr. Abraham Horwitz, para presentar el Informe Cuadrienal.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP): El Informe Cuadrienal correspondiente al período de 1958-1961, figura en el *Documento Oficial N° 43*, que está sobre la mesa de los señores Delegados.

Quisiera señalar que ya en la primera página de este informe se indica que son complemento del mismo el *Documento Oficial N° 44*, (*Informe Anual del Director, 1961*) y la *Publicación Científica N° 64*, (*Resumen de los informes cuadriennales sobre las condiciones de salud en las Américas, 1957-1960*) que igualmente han recibido todos los señores Delegados.

Me permito señalar este hecho porque he pensado hacer algunos comentarios de carácter general que, si bien se refieren fundamentalmente al Informe Cuadrienal, en cierta forma tocan a los otros dos documentos.

El Informe Cuadrienal es una síntesis de la labor efectuada por los Gobiernos con el asesoramiento de la Organización. Yo me he permitido señalar insistentemente, en este período, que la Organización es un organismo de carácter asesor, no un organismo supragubernamental; ha sido creada para servir a los Gobiernos y, por intermedio de ellos, a los pueblos. De tal modo que lo que me permito decir no es más que expresión de lo que los Gobiernos han resuelto hacer, de lo que los técnicos han realizado y de lo que permanentemente están haciendo para identificarse en su pensamiento y en su acción con sus colegas de los países.

En suma, el informe no refleja más que un proceso continuo de progreso canalizado hacia los propósitos superiores que han guiado a todos los países

<sup>1</sup> El Informe presentado aparece en las págs. 313-317.

<sup>2</sup> Resolución II. *Documento Oficial de la OPS 48*, 10.

<sup>3</sup> *Documento Oficial de la OPS 43*, Anexo 1.

y que se sintetiza en las expresiones “desarrollo” y “bienestar”.

Nos atrevemos a decir que siguen presentes en las Américas los problemas que afectan fundamentalmente a la salud: el control o erradicación de las enfermedades transmisibles; la atención de los enfermos, cualquiera que sea la naturaleza de su proceso; el saneamiento; la desnutrición, que se refleja en la alta mortalidad infantil; la ignorancia, que se traduce en un 40 % de analfabetismo en el grupo de 15 a 50 años de edad; la habitación insalubre, y el ingreso real por persona, que es inferior a \$ 200 por año para la gran mayoría de los habitantes del Continente. Los instrumentos que los Gobiernos están poniendo en ejecución para resolver estos problemas son la organización, administración y buena ejecución de las prácticas administrativas; la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para una función, como la defensa de la salud, que es tan diversificada como la vida en sociedad; la planificación y la programación, así como la investigación científica.

El programa de trabajo aprobado por los Cuerpos Directivos de la Organización encomienda a la Oficina acciones en cinco campos fundamentales: el control y la erradicación de enfermedades transmisibles, la administración de salud pública—que comprende el mejoramiento de los servicios y programas específicos de fomento y recuperación de la salud—el saneamiento, la educación y la investigación científica.

En este informe hemos hecho la síntesis de una larga etapa de esfuerzos de los Gobiernos, destacando lo concreto, lo substancial, y resumiendo así lo realizado con la colaboración de nuestra Organización. Hay que tener presente que, por el carácter eminentemente asesor de la misma, no siempre es posible reducir a cifras las actividades que se han realizado ni expresarlas en datos definidos y, como un ejemplo en este sentido, nos referiremos al programa de becas. No siempre es posible predecir los efectos que las becas van a producir. No obstante, estamos convencidos de que los progresos que hemos observado se deben a la larga pléyade de profesionales formados directamente por los Gobiernos e indirectamente por intermedio de las organizaciones internacionales públicas o privadas del sistema bilateral. Sin embargo, en un momento dado no se puede evaluar numéricamente lo que representa un programa de becas.

Me voy a permitir, señor Presidente, hacer un examen somero de cada uno de estos capítulos del trabajo de la Organización. En primer lugar, aludiré al grupo de las enfermedades erradicables. Se nos ha pedido que trabajemos en la erradicación de la viruela, de la malaria, y de la fiebre amarilla. ¿Qué ha ocurrido en cuanto a la malaria en este período? Voy a rogar a los señores Delegados que hagan el favor de seguir la lectura del texto que aparece al comienzo de la página 8. Dice así: “En cifras, a mediados de 1961 la enfermedad se había eliminado en áreas donde vivían 5.156.000 habitantes en circunstancias que, en 1958, sólo 3.835.000 personas se habían beneficiado de la erradicación; y el programa estaba en la fase de consolidación en regiones con una población de 17.665.000 habitantes y sólo 1.157.000 en 1958. La fase de ataque se realizó en áreas con 44.634.000 habitantes en 1958, y sólo 38.700.000 en 1961”.

Como hecho significativo de lo realizado en el programa, cabe destacar la aprobación del “Registro de áreas de malaria erradicada”, y la inscripción en el mismo de una extensión de 407.945 Km<sup>2</sup> del territorio de Venezuela, cuya población, el 31 de diciembre de 1961 ascendía a 4.271.271 habitantes. Estas cifras representan el 68 % del área malarica y el 75 % de su población. Nosotros confiamos que este comienzo feliz, resultado de la obra realizada por el Gobierno de Venezuela, se seguirá ampliando hasta cubrir el total del Hemisferio.

Otro hecho destacado del período es la identificación más precisa de las áreas donde la transmisión no se ha interrumpido a pesar del rociado. Se ha podido ir determinando, gracias a investigaciones epidemiológicas más refinadas, particularmente en El Salvador, cuáles son los factores que motivan la existencia de estas áreas y, desde luego, cuál es el más conocido.

En este sentido, en el período se han hecho ensayos y se ha comprobado también la resistencia del *Plasmodium falciparum* a la cloroquina en el Valle del Magdalena, en Colombia, y mayor tolerancia del mismo plasmodio en el Valle del Amazonas, asunto que está en estudio.

Se han podido comprobar otros problemas: modificaciones en los hábitos y en el reposo de los anofelinos, transmisión extradomiciliaria, variaciones genéticas en la susceptibilidad a los tóxicos y existencia de portadores asintomáticos, todo lo cual conduce a investigaciones más intensas. Hay,

al mismo tiempo, urgencia en conocer cuál es el verdadero papel que desempeñan las poblaciones nómadas o trabajadores que emigran, así como los grupos inaccesibles.

Sin embargo, esta serie de problemas que se han ido comprobando e identificando con más claridad, en conjunto, en todo el Continente, afectan a focos limitados, con un número relativamente pequeño de personas, en tanto que el programa está beneficiando a cerca de 90 millones de habitantes y significa que las áreas que se liberen, cuando se haya llegado a la erradicación total, han de representar más de 13 millones de kilómetros cuadrados de tierras fértiles, que permitirán entonces intensificar el desarrollo agrícola del Continente.

Quiero destacar que ha sido para nosotros signo de progreso el que, gracias a la aplicación de una epidemiología cada vez de mejor calidad, se haya podido ir definiendo con mayor precisión cuáles son las dificultades que una técnica en apariencia sencilla, pero en el fondo muy complicada, produce en sus encuentros con la complejidad de la naturaleza.

Al señalar los problemas que la erradicación de la malaria está produciendo no quiero, de ninguna manera, insinuar que la erradicación no sea posible, y particularmente que no sea posible en el Continente. Lo que sólo señalo es que el proceso simple de erradicación debe complementarse con una malariología refinada y que en los años venideros, los esfuerzos técnicos y financieros de los Gobiernos y de las organizaciones internacionales tendrán que concentrarse seguramente en estos focos en los que las técnicas habituales de erradicación no han producido los efectos esperados. Yo confío en que la Organización Panamericana de la Salud podrá seguir contando, en los años próximos, con recursos para dar término a esta labor, que no sólo es continental sino mundial; y quiero destacar que lo que se ha logrado hasta aquí es resultado de la acción conjunta de los Gobiernos y de los organismos internacionales, y entre ellos hay que citar al UNICEF, a la Organización Mundial de la Salud y a la Organización Panamericana de la Salud, así como a la Agencia para el Desarrollo Internacional, del Gobierno de los Estados Unidos de América. Quiero hacer especial mención de que, durante este período, la Organización Panamericana de la Salud ha obtenido contribuciones voluntarias del Gobierno de los Estados Unidos de

América, que son las que han permitido continuar y expandir las actividades de erradicación por los técnicos de la Organización. Hasta el momento actual, dicho Gobierno ha contribuido con \$ 10.000.000 al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria.

En cuanto a la viruela, el informe señala que entre los años de 1954 y 1957 se notificaron 32.936 casos a la Oficina Sanitaria Panamericana, provenientes de 10 países; en el período que se comenta (del año 1958 a 1961) se notificaron casi la mitad, ocurridos en nueve países. Por otra parte, en 1960 se notificaron 5.158 casos, en tanto que el año pasado sólo se dio cuenta de 1.923 enfermos.

Yo ruego a los señores Delegados que observen en el cuadro 13, (página 52) las cifras a que he aludido y su distribución por países. Se verá que el año 1961 presenta una cifra muy inferior a las conocidas en años anteriores, y que en dicho año sólo se notificaron casos de cinco países, y en uno de ellos, el Uruguay, se trataba de un enfermo importado. En el cuadro 14 figura el total de las vacunaciones antivariólicas notificadas por los países de las Américas en el período de 1958-1961 y la población estimada en las mismas áreas.

Un rápido cálculo revela que el número total de vacunados en 1961 en relación con la población, no alcanza al 10 %, y estas cifras significan evidentemente que el nivel de inmunidad que tiene el Continente en su conjunto está por debajo del mínimo aceptado, de tal manera que, sin duda, se está en peligro de que, con la llegada de enfermos de cualquier país del mundo, puedan estallar brotes epidémicos de mayor o menor significación. En repetidas resoluciones—y el tema, dicho sea de paso, figura en el programa de la Conferencia—los Cuerpos Directivos de la Organización han insistido en la importancia que reviste erradicar la enfermedad en aquellos países en que todavía existe, así como mantener un nivel adecuado de inmunidad en aquellos otros en los que, afortunadamente, no hay casos, o no los ha habido desde hace muchos años. La Organización ha facilitado asesoramiento y equipo para la producción de vacuna glicerinada, ha ayudado en la formación de técnicos y ha proporcionado servicios de consultores para la organización adecuada de los programas. Quisiéramos que, cuando se celebre la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, la viruela estuviera definitivamente erradicada del Continente y el nivel de in-

munidad en los países hubiera subido a una cifra que evitara la ocurrencia de epidemias.

En materia de erradicación del *Aedes aegypti*, la XV Conferencia Sanitaria Panamericana aceptó la eliminación del vector en 11 países y territorios de las Américas.<sup>1</sup> A fines de 1961 se había declarado oficialmente la erradicación del *A. aegypti* en un total de 16 países y territorios. En el cuatrienio, el presupuesto designado a esta finalidad ascendió de \$ 250.000 a \$ 330.000, destinados a 12 proyectos de erradicación. Cabe señalar que en Colombia sólo existe el problema de reinfestación en la ciudad de Cúcuta y que, gracias a las medidas que se están adoptando, esperamos que, dentro de muy poco, dicho país pueda considerarse libre de la fiebre amarilla urbana.

En la figura 5 (página 50) mostramos el número de casos de fiebre amarilla selvática, ocurridos durante el período de 1958 a 1961. Las cifras son relativamente bajas, y es evidente que no ha habido en la Región, en este período, una epidemia comparable en proporción a la que en 1948-1957 se extendió desde Panamá hasta la región septentrional de Guatemala. Continuó intensamente la producción de vacuna con virus 17D, para todo el Continente, en los Institutos Carlos J. Finlay, de Bogotá y Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro. Se realizó un estudio sobre la duración de la inmunidad, que reveló la presencia de anticuerpos neutralizantes 17 años después de la vacunación experimental, en 105 personas de 108 examinadas, es decir, en el 97 por ciento. Este pequeño análisis, unido a otras experiencias, enseña que esta vacuna con virus vivo es, probablemente, la que produce inmunidades más largas entre las de uso habitual. Se demostró también experimentalmente, en un estudio epidemiológico, el alto valor inmunizante de la vacuna desecada, lo que permite augurar que los programas de vacunación de la población rural, en la zona afectada con fiebre amarilla selvática, podrán realizarse con mayor facilidad que hoy.

En la erradicación de la frambesia, las actividades de colaboración se concentraron fundamentalmente en el Área del Caribe. En la República Dominicana se examinó, en el período de 1958-1961, alrededor de la mitad de la población rural, comprobándose una disminución de la prevalencia de

las formas agudas de frambesia, de 200 a 30 por 100.000 personas examinadas. Informaciones recientes revelaron sólo la existencia de 26 casos agudos, lo que corresponde al 1 por 100.000 habitantes.

En Haití, cuyo programa se inició en 1950, se han descubierto en una encuesta reciente sólo nueve casos de formas infecciosas, en los que se identificó el *Treponema pertenue*. Se pudo probar que una serie de casos de úlceras tropicales eran producidas por espiroquetas del género *Borrelia vincenti* asociadas con bacilos fusiformes. Y destaco este hecho, porque evidentemente es indispensable hacer estudios a fondo sobre la etiología de las úlceras cutáneas, antes de identificarlas como treponematosi.

En Trinidad y Tabago, San Cristóbal y Granada, el programa está en la fase de vigilancia, sin casos comprobados. Se ha seguido progresando en los programas de Jamaica, San Vicente, Santa Lucía y Dominica. Los Gobiernos de Colombia y Ecuador solicitaron de la Oficina la evaluación de la erradicación de la frambesia, lo que se realizó con la colaboración de la Agencia para el Desarrollo Internacional, del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Quisiéramos destacar, en este capítulo de las treponematosi, el programa de enfermedades venéreas de la República Dominicana, en virtud del cual se ha intensificado el adiestramiento de técnicos, tanto para el diagnóstico y tratamiento de los casos como para la identificación serológica de los mismos. Se espera que estos técnicos, en un programa bien regulado, puedan reducir la incidencia de la infección en los años próximos.

La Organización, también por mandato de los Gobiernos, ha trabajado en otras enfermedades transmisibles, y quiero citar, entre ellas, la poliomielitis. Es indiscutible que el acontecimiento dominante en el período de 1958-1961 fue el ensayo y la adaptación de vacunas con virus vivos atenuados. La Oficina Sanitaria Panamericana tuvo ocasión de colaborar con diversos países del Continente en ensayos de inmunización que abarcaron varios millones de niños, especialmente de menores de 10 años. Tuvimos el placer—y parece que el hecho es significativo por encontrarnos en Minneapolis—de recibir la ayuda financiera de la Fundación "Sister Elizabeth Kenny", y juntamente con la Organización Mundial de la Salud, convocar dos

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 27, 41.

conferencias internacionales celebradas en Washington, en 1959 y 1960, en las cuales investigadores destacados de varios países del mundo intercambiaron experiencias y definieron las investigaciones indispensables para poder generalizar el uso de la vacuna con virus atenuado en diversos países del mundo. Hoy sabemos que ya están siendo ensayadas en varios países del Continente y que incluso el Gobierno de México ha producido en gran escala esta vacuna del tipo Sabin y, por lo tanto, podemos afirmar que los Gobiernos tienen en su mano dos procedimientos eficientes para abordar el control de la poliomielitis: vacunas con virus muertos del tipo Salk y vacunas con virus vivos atenuados. Sin embargo, como revela el cuadro 16 (página 56) que se refiere a los casos de poliomielitis notificados en las tres regiones de las Américas en el período de 1958-1961, es evidente que, en Sudamérica, este número de casos notificados seguramente está muy por debajo de la realidad; desde luego, se refiere exclusivamente a poliomielitis parálitica y no a las otras formas. Se observará que el número de casos notificados no se ha modificado substancialmente en este cuatrienio. Esperamos que con la difusión de esta vacuna, dada su producción en escala comercial, será posible reducir marcadamente la incidencia de la enfermedad, porque se trata de procedimientos muy efectivos. La Organización, naturalmente, está a las órdenes de los Gobiernos para asesorarles en la formulación de programas, dado que los problemas esenciales de inocuidad de estos virus atenuados parecen resueltos. Quedan, sin embargo, importantes problemas epidemiológicos que es preciso investigar. Creo que mucho quedará por decir en la historia del uso y adaptación de estos virus atenuados.

Durante el período a que nos referimos, la Organización trabajó con bastante intensidad en materia de lepra. Se completó la encuesta en la casi totalidad de los países en que la enfermedad existe. Faltan hoy datos de Haití, la República Dominicana y Cuba. La Organización asesoró, por medio de consultores, a 12 países del Continente, y tal asesoramiento ha conducido, a base del adiestramiento de técnicos, a una mejor identificación de enfermos, lo que se ha reflejado en un aumento de las cifras conocidas.

En Centro América y Panamá se ha realizado, en este sentido, un estudio especial. En el cuadro 18 (página 58), del informe, se mencionan los casos

de lepra notificados en dichos países, con tasas por 100.000 habitantes, durante el período de 1958-1961. Es evidente que hasta la fecha el número de casos ha aumentado en todos los países y, a mi juicio, los Gobiernos han revelado su excelente disposición al haber acordado abordar el problema en este momento, porque no cabe duda alguna de que la frecuencia de formas agudas es mucho mayor de la que era conocida, como tampoco hay duda de que, si se hubiera dejado a la enfermedad desarrollarse espontáneamente, habría adquirido en el curso de los años una incidencia mucho más difícil de combatir que hoy, a pesar de que los procedimientos actuales no tienen la eficiencia que todos quisiéramos. Falta, por ejemplo, una droga más efectiva para las formas agudas. En todo caso, se poseen conocimientos suficientes para controlar el aumento de la incidencia y reducir la frecuencia de la enfermedad. Afortunadamente, el control de la lepra ha evolucionado en un sentido mucho más humano; el número de enfermos a los que hay que aislar es en la actualidad sumamente reducido, y la mayor parte de ellos, con una buena organización y educación de la comunidad, pueden ser tratados en sus hogares. La Organización se propone seguir colaborando con los Gobiernos en este sentido, una vez más, en acción conjunta, muy grata, con el UNICEF, gracias a la cual ha sido posible facilitar elementos para la aplicación de las técnicas modernas en el tratamiento de los enfermos y colaborar en el adiestramiento de técnicos.

La tuberculosis es otro capítulo, dentro de las enfermedades infecciosas, en el cual la Organización ha trabajado a solicitud de los Gobiernos. El informe señala que se diagnostican y notifican anualmente alrededor de 200.000 casos de tuberculosis en las Américas. Si bien se ha reducido considerablemente el número de enfermos en algunas zonas del Continente, el mejoramiento de los servicios de diagnóstico y de notificación no permite una interpretación simple de las tendencias de la morbilidad. Entre paréntesis, este hecho es aplicable a muchos de los datos que se reciben de los Gobiernos. Se están mejorando, indiscutiblemente, los servicios de estadística en los países del Continente y por ello las cifras están un poco más cerca de la realidad. Sin embargo, volviendo a la tuberculosis, las tasas de mortalidad permiten una comparación más adecuada. Se han reducido enormemente en América del Norte, en un 72 %, en el decenio de 1951-1960,

en tanto que, en América del Sur, esta disminución sólo fue de un 54 %—así y todo muy significativa—y en América Central de un 45 por ciento.

Se explica, entonces, que en la Carta de Punta del Este se hable de la posibilidad de reducir las tasas actuales de mortalidad, por tuberculosis, cuando menos en un tercio de las cifras actuales en el decenio en curso.

Observen ustedes que pudieron reducirse a la mitad más o menos, en las tres Regiones de las Américas, durante el decenio de 1951-1960, porque hay un conocimiento completo de los diversos elementos que son habituales para la lucha antituberculosa: el empleo de las drogas, el BCG, la hospitalización (que nosotros quisiéramos ver reducida a una cuarta parte de la actual), la cirugía y la rehabilitación.

Se comprende, pues, que en la XIII Reunión del Consejo Directivo, celebrada en Washington, en octubre pasado, la Organización Panamericana de la Salud aprobara un plan decenal de lucha antituberculosa, que consiste en tratar de encontrar, por lo menos, la mitad de los casos activos desconocidos, lo que equivale a unos 200.000 nuevos enfermos por año, y extender la investigación hasta alcanzar cinco casos por defunción y por año. En la actualidad, nuestros países no conocen más allá de dos a tres casos por defunción y año. Se pretende, entonces, descubrir y tratar en conjunto 1.900.000 enfermos en el decenio, y prevenir la enfermedad.

Los datos reunidos por la Oficina revelan que, en 1957, los países de la América Latina invirtieron 20 millones de dólares en la lucha antituberculosa. Esta cifra está por debajo de la realidad porque no incluye países con población importante, como es el caso del Brasil.

El plan a que me he referido, o sea, el de descubrir y tratar alrededor de dos millones de enfermos más en el decenio, representa una inversión de 70 millones de dólares por año, incluyendo las cantidades necesarias para la colaboración internacional. Nosotros confiamos en que estos fondos han de llegar progresivamente, en la medida que la tesis de que la salud es componente del desarrollo, del bienestar y del crecimiento de la economía, prenda más en el espíritu de estadistas y de economistas. Pensamos que, en la medida que se progrese en la erradicación de la malaria, debe acentuarse el control de la tuberculosis, porque los conocimientos que existen son muy adecuados y la experiencia en el Continente es de alta calidad. Entretanto, en el

cuadrienio se ha prestado asesoramiento a varios países en programas pilotos para ensayar estas técnicas y se ha contado para ello con la colaboración del UNICEF.

Como en otras esferas de la salud pública, es notoria la escasez de personal calificado en materia de tuberculosis, particularmente de epidemiólogos; por ello, hemos colaborado con el Gobierno de la Argentina en la Organización de un centro en la ciudad de Recreo, en la provincia de Santa Fe, para la formación de especialistas en tuberculosis, cuyo primer curso se está realizando este año. Confiamos en que ese centro podrá llegar a tener carácter internacional.

La Organización se ha ocupado también durante este período, aunque en forma limitada, de la enfermedad de Chagas, dada su característica de enfermedad propia de las Américas. Es digno de destacar el Congreso Latinoamericano que, sobre esta materia, organizaron el Gobierno del Brasil y la Universidad de Río de Janeiro, con la participación de la Organización, en julio de 1959, Congreso que permitió una revisión y actualización de los diversos aspectos de este importante proceso.

Como consecuencia de dicho Congreso, la Organización Mundial de la Salud reunió en Washington, en 1960, a un comité de expertos que, en realidad, como ocurre siempre con estos grupos, analizó las características del problema en su momento actual y señaló los aspectos en que debieran acentuarse las investigaciones.

Se logró también, durante el período, prestar asesoría al Gobierno del Uruguay, a petición del mismo, para organizar su programa. Sabemos, además, de los intensos esfuerzos que han realizado los Gobiernos de la Argentina, Brasil y Venezuela, hacia el control de esta enfermedad y del vector en particular.

Tendremos oportunidad, al analizar en esta Conferencia el programa de investigaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana, de mencionar los pasos que se están dando para intensificar las investigaciones sobre la enfermedad de Chagas, particularmente en los aspectos bioquímico, inmunológico y epidemiológico. Nos parece que es tiempo de que termine la contienda sobre la frecuencia real del proceso. Cualquier posición que se tenga desde el punto de vista de la salud, nadie podrá discutir que este es un grave problema para el bienestar en



el Continente, y por esta razón debiera abordarse cuanto antes y de la manera más racional posible.

El informe menciona también actividades limitadas en esquistosomiasis, oncocercosis, filariasis, hidatidosis y peste. Me es muy grato señalar, respecto a la peste, que en 1961 sólo se conocieron 343 casos, todos selváticos, provenientes de seis países del Continente, y destacar también que se ha procedido a preparar una monografía sobre el problema, por los Dres. K. F. Meyer y R. Pollitzer, que será publicada y distribuida a los Gobiernos de la Organización.<sup>1</sup>

La Organización administra el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, con fondos que provienen del Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos. Intensa ha sido la actividad en el período; se han destacado, como nunca, las relaciones entre las actividades de este Centro y el desarrollo económico, y nos ha parecido que, junto con otros ejemplos, éste es uno muy concreto sobre la influencia que tiene la salud en la producción y en el desarrollo. El Centro, situado en Río de Janeiro, en el Brasil, ha prestado asesoramiento, con los métodos conocidos, a todos los países en que la enfermedad es prevalente. Sin embargo, como es sabido, la vacuna con virus muertos no provoca inmunidad mayor de cuatro meses, y así se explica que el Centro haya participado en estudios tendientes a la producción de una vacuna con virus vivos atenuados, y se han logrado adaptar dos de las cepas. Los primeros ensayos con vacuna monovalente, realizados el año pasado, son muy alentadores. Es de confiar que cuando se logre incorporar las tres cepas en un solo producto, será posible abordar el control efectivo de la fiebre aftosa en los países, sobre todo en aquellos donde la producción ganadera representa una riqueza fundamental y la enfermedad es muy frecuente.

El Centro Panamericano de Zoonosis siguió realizando sus labores de formación de técnicos y de investigación de enfermedades propias de los animales que se transmiten al hombre; concentró sus estudios en la rabia, la brucelosis, la tuberculosis bovina y el carbunco. Prestó asesoramiento a algunos Gobiernos en este sentido.

Señor Presidente, ésta es una rápida síntesis del primer capítulo del programa general de trabajo de la Organización, en el cual me he extendido más de

lo que hubiera deseado porque, naturalmente, es lo tradicional en la Oficina Sanitaria Panamericana; para ello fue creada en 1902, y es propio que nosotros informemos lo más detalladamente posible a los señores Delegados sobre la labor que se ha realizado. Sin embargo, de igual importancia son las funciones que la Organización ha podido desempeñar en el cuatrienio en materia de organización y administración de los servicios y en programas específicos.

A partir de la página 24 del Informe Cuadrienal sintetizamos las actividades que se han desarrollado hasta ahora. En 16 países del Continente, a nivel nacional y local, técnicos internacionales han colaborado con sus colegas nacionales en el mejoramiento de las estructuras, tanto a nivel ministerial como en los servicios locales. En 10 países se trabajó en 63 centros de salud, que atienden una población ligeramente superior a los tres millones de habitantes. La actividad está concentrada en el mejoramiento de este instrumento fundamental para una buena salud pública, con respecto al cual mucho queda por hacer en los países. Doctrinariamente, por resolución de ustedes, señores Delegados, se ha ido predicando la política de integración de los servicios, de las funciones de prevención y de curación. Tenemos que reconocer que hay consenso, intención y realizaciones en cuanto se refiere a coordinar adecuadamente las funciones de protección y de fomento de la salud. No ha habido muchos progresos en la integración de la atención médica al conjunto de las actividades de salud en el plano nacional y local. Se explica por eso que las Discusiones Técnicas se dediquen este año a analizar *in extenso* el problema de la atención médica en el Continente: sus costos, su metodología y la forma de transformar estos servicios en uno básico de salud a nivel local.

De los problemas específicos, quiero referirme fundamentalmente a saneamiento y nutrición. En cuanto al saneamiento, como es del conocimiento de los señores Delegados, una encuesta de la Oficina reveló en 1959 que 110 millones de personas no poseían servicios de agua en sus hogares; ello condujo, por parte de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, a sendas resoluciones que plantearon la posibilidad de solucionar este problema racionalmente.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> En preparación.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 32, 23, y Act. of. Org. mund. Salud 95, 42-43.

Entre las múltiples causas de este estado de cosas, no cabía duda alguna de que figuraban las siguientes: bajo aporte de las comunidades para un servicio que de por sí es muy caro, el desinterés del mercado internacional de capitales para conceder créditos a largo plazo y bajo interés, la mala organización de los servicios de agua y alcantarillado en los diversos países, etc.

Nosotros pensamos que lo ocurrido en estos tres últimos años refleja cómo la voluntad de los Gobiernos, el interés de las comunidades y las posibilidades de financiamiento han contribuido a hacer de esta política una realidad y explican el clima actual en el Continente, que revela en forma creciente cómo las comunidades, particularmente las urbanas, están interesadas en resolver progresivamente este problema.

Muy gratas han sido las relaciones que en este campo del saneamiento ha tenido la Oficina Sanitaria Panamericana con el Banco Interamericano de Desarrollo, desde su creación. La Oficina ha podido colaborar con los Gobiernos en la presentación de proyectos al Banco, para su financiamiento, y con el Banco en el análisis técnico de solicitudes que han venido de los países con el mismo fin.

Me he permitido incluir en el primer capítulo de este informe frases del Presidente del citado Banco sobre el programa de saneamiento que, con la venia del Presidente, señalaré a la atención de los señores Delegados porque me parece que reflejan con claridad lo ocurrido.

En la página 12 decimos lo siguiente:

Por reflejar el nuevo modo de pensar que existe respecto a la solución de este problema, se transcribe del discurso del Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo a la Tercera Asamblea de Gobernadores, celebrada en Buenos Aires en abril de 1962, lo que sigue:

En los primeros catorce meses de nuestra acción, hemos aprobado solicitudes que contribuyen a satisfacer necesidades de agua o canalización, o bien ambas al mismo tiempo, de las siguientes ciudades: Concepción, Talcahuano, Cali, Cúcuta, Medellín, Cartagena, Quito, Puerto Barrios, Arequipa, Montevideo, San Salvador, Río de Janeiro y seis capitales estatales del Nordeste del Brasil (Salvador, Recife, Natal, Maceió, San Luis y Teresina). Además, hemos contribuido a cubrir necesidades en los mismos campos en más de quinientas pequeñas localidades y zonas rurales de los siguientes países: México, El Salvador, Guatemala, el Brasil y Venezuela. Valiosa ayuda hemos encontrado para los efectos de la preparación y evaluación de los proyectos respectivos, en la Oficina Sanitaria Panamericana, cuya eficiencia técnica es bien conocida en todos nuestros países miembros... En resu-

men, hemos contribuido a financiar veintitrés proyectos con una suma de 127 millones de dólares, que benefician a diez millones de habitantes del Continente.

Hay que agregar las inversiones de cada país, de sus recursos nacionales que, en promedio, representan dos tercios del capital exterior. Pero no se trata, a mi juicio, de destacar el volumen de la inversión, sino el significado que ésta tiene y el propósito que encierra, así como el ejemplo que la provisión de agua significa para resolver otros problemas importantes de salud que tienen repercusiones tan fundamentales en la producción y en la economía.

En repetidas oportunidades se ha señalado que no se considera este elemento sólo como de carácter vital, sino como fundamental para el desarrollo de la producción agrícola y el desarrollo industrial. Nosotros esperamos que el mercado internacional de capitales siga contando con recursos, lo cual permitirá cumplir con el objetivo fijado en la Carta de Punta del Este, que consiste en suministrar, en el decenio, servicios de agua al 70 % de la población urbana y al 50 % de la rural.

Dados los antecedentes reunidos y estas posibilidades a que me he referido, pensamos que si los Gobiernos así lo desean, este propósito será cumplido.

Quiero destacar también que el Banco de Exportación e Importación, y el Fondo de Préstamos de Fomento (ambos de los Estados Unidos de América), y la Asociación Internacional de Fomento, entidad afiliada al Banco Mundial, han aprobado préstamos para la construcción de nuevos sistemas de agua y la adquisición de equipo que en los últimos cuatro años alcanzan en conjunto la suma de \$ 40.000.000 para programas de Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay y Uruguay.

Por otro lado, la Organización ha asesorado en los servicios básicos de salud, en programas de saneamiento rural, y estoy seguro de que de los informes de los señores Delegados podremos conocer cuánto se ha progresado y se sigue progresando en este sentido.

El Comité Asesor en Saneamiento del Medio, de nuestra Organización, ha manifestado ciertas dudas sobre la posibilidad de cumplir con la meta de la Carta de Punta del Este, en lo que respecta a saneamiento rural, es decir proporcionar servicios adecuados de agua al 50 % de la población rural.

Nosotros pensamos que si en este decenio se lo-

grara proporcionar esos servicios al 50 % del medio rural concentrado del Continente, no del medio rural disperso, se habría hecho una obra importante que tendría influencia indudable en la salud individual y colectiva.

La Organización Panamericana de la Salud ha sido afortunada una vez más al contar con contribuciones voluntarias de los Gobiernos de los Estados Unidos de América y Venezuela al Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, con lo que ha podido desarrollar esta labor de asesoramiento, traducida en los programas que están en marcha y que me he permitido sintetizar, e incluyendo y destacando, naturalmente, la colaboración prestada a los Gobiernos para que éstos recurran a los bancos internacionales.

En cuanto a la nutrición, que es el segundo programa específico al cual me quiero referir, destacaré que todavía una de cada cuatro muertes en los menores de cinco años en la América Latina se debe a desnutrición proteica y éste es un factor condicionante de muchas enfermedades.

Están impuestos los señores Delegados de las cifras todavía exageradamente elevadas de la mortalidad infantil de los menores de cinco años en el Continente. La verdad es que, en un gran número de países, la mortalidad de los menores de cinco años asciende aún al 40 % del total de defunciones, y hay evidencia de que si se logra reducir esta proporción en un nivel significativo, será posible aumentar, en el decenio, la expectativa de vida en cinco años, como señala el objetivo básico de la Carta de Punta del Este.

En este cuatrienio aumentaron las actividades de nutrición. Se designaron y actuaron asesores en la Sede y en cuatro de las seis Zonas de la Organización. En colaboración con la FAO y el UNICEF se desarrollaron programas coordinados de nutrición aplicada en 11 países, programas que evidentemente habrá que volver a analizar para obtener resultados más efectivos. Sin embargo se ha progresado en el problema más difícil, que es el de la coordinación entre los organismos nacionales e internacionales.

En el decenio se desarrolló la producción de mezclas de tipo vegetal, cuyo ejemplo más destacado es la INCAPARINA. Iniciada su producción comercial en Guatemala en 1960 y en El Salvador en 1961, en el curso de esos años ha aumentado en un 38 por ciento. Otros seis países están toman-

do disposiciones para dicha producción. El INCAP desarrolló un programa importante de formación de técnicos. Me he permitido sintetizar en el informe las cifras de la labor educativa del INCAP desde 1949: 143 becarios procedentes de Centro América y Panamá, 120 de otros países de las Américas y 32 de otros países del mundo. De este total, 183 se adiestraron en el período de 1958-1961. Las investigaciones se concentraron particularmente en malnutrición infantil, en métodos prácticos para evaluar el estado nutricional de grupos vulnerables de la población, en las relaciones entre la nutrición y las infecciones, en nuevos alimentos y métodos para una mejor utilización de los recursos disponibles, a fin de remediar la prevalencia de estados de deficiencia. Y, por último, los estudios internacionales sobre la etiología de la aterosclerosis y su relación con diversos grupos étnicos.

Pensamos que corresponde en este momento acentuar las actividades de nutrición en el Continente. Nosotros opinamos que, por razones diversas, se trata de un problema al que no se presta la debida atención en las actividades ordinarias de los organismos locales de salud. Probablemente por razones de formación profesional, los jefes de las unidades locales no lo tienen presente con la intensidad de otros. Creemos que hoy día cabe adiestrar más adecuadamente a los administradores y realizar programas prácticos de alimentación a nivel local.

Estimamos que la investigación científica debe seguir, pero creemos, al mismo tiempo, que el mundo tiene muchos alimentos y que hay un conocimiento más que suficiente para intensificar las acciones contra la malnutrición y, por intermedio de ellas, contra la mortalidad infantil.

La estadística es otra función específica a la cual hemos dado particular relieve en este período. Me parece a mí que el *Resumen de los informes cuatrienales sobre las condiciones de salud en las Américas*, lo revela. Sin embargo, el informe señala importantes actividades de asesoramiento en la mayor parte de los países y en algunos, por intermedio de técnicos especiales, programas de formación de estadísticos profesionales y auxiliares.

En el campo de la educación y del adiestramiento, nos atrevemos a afirmar que el problema de la escasez de técnicos en la América Latina es más bien de cantidad, pero que su calidad es

muy adecuada. Los métodos tradicionales que ha seguido la Organización son: la asesoría a instituciones docentes de tipo profesional y la concesión de becas que los Gobiernos solicitan.

En el cuatrienio, como se señala en el informe (a partir de la página 65), la Organización tuvo la satisfacción de otorgar 2.098 becas, lo que representa un aumento del 70 % con respecto al cuatrienio anterior. De éstas, 804 fueron para obtener el grado de especialistas en salud pública; 698 para cursos especiales o no académicos y 596 tuvieron el carácter de asignaciones de viaje para altos funcionarios de los departamentos de salud y profesores, con el fin de que realizaran visitas de observación a los servicios de prevención y curación de las enfermedades y centros de enseñanza en diversos países. A esto hay que agregar 544 profesionales venidos de otras Regiones a estudiar en las Américas, programas que estuvieron a cargo de la Organización.

Estamos seguros de que el día en que se haga una evaluación de este esfuerzo de la Organización en materia de becas, se podrán comprobar las repercusiones que tienen ya en los progresos en materia de salud en la América Latina.

En enseñanza médica, se prestó asesoría a algunos departamentos o cátedras de 48 escuelas de medicina en 15 países. Una labor limitada que representa apenas un complemento de la labor tradicional y señera que han desarrollado en las Américas la Fundación Rockefeller y la Fundación W. K. Kellogg.

En enseñanza de enfermería, se desarrollaron 14 programas en 1958, cifra que ascendió a 21 en 1961, prestándose especial atención a la formación de auxiliares y a los estudios avanzados relacionados con la organización y supervisión de los servicios. Se continuó prestando asesoramiento a todas las escuelas de salud pública y se desarrollaron las dos primeras conferencias sobre enseñanza de esta disciplina: una en San Miguel Regla, México, en 1959, y otra en Puerto Azul, Venezuela, en 1961,<sup>1</sup> para discutir métodos generales de enseñanza y de estadística en particular.

Sin embargo tenemos que reconocer que hay una marcada escasez de profesionales y auxiliares. En el *Resumen de los informes cuatrienales sobre las condiciones de salud en las Américas* se presen-

tan los datos recogidos de los distintos países. La proporción de personal preparado ha estado por debajo del incremento de las poblaciones y de la necesidad de llegar a la cobertura total de las poblaciones de cada país. Tampoco han aumentado los presupuestos de los ministerios de salud en la proporción necesaria para poder contratar en tiempo oportuno a todos los formados.

La Carta de Punta del Este recomienda que la educación debe planificarse, que hay que determinar el número de técnicos necesarios y organizar los programas de formación de médicos en las Américas. A este respecto, la Oficina está en condiciones de prestar asesoramiento.

En el período a que se refiere el informe también se dio particular importancia y se intensificó la investigación científica de problemas fundamentales. Gracias a un convenio suscrito con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, se pudo contar con una asignación para crear una unidad de coordinación y planificación de las investigaciones científicas.

El primer informe de la labor realizada por el Comité Asesor de la OPS en Investigaciones Médicas figura como tema especial en el programa de la Conferencia, y estoy seguro de que despertará el interés de los señores Delegados.

Entre tanto, se logró una asignación del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América para organizar y poner en marcha la Investigación Interamericana sobre Mortalidad en 10 ciudades del Continente, a la cual asignamos extraordinaria importancia porque permitirá determinar diferencias en la distribución de las enfermedades agudas y crónicas en los distintos países y orientar nuevos estudios para conocer las razones de esta diversa distribución.

Al mismo tiempo, en colaboración con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, se ha estado organizando un estudio para determinar las repercusiones económicas de la erradicación de la malaria.

Durante el período que estamos comentando, la Oficina Sanitaria Panamericana, como todo organismo público dedicado a esta función, ha sido objeto de un cuidadoso proceso de racionalización administrativa: se han revisado las estructuras, se ha hecho una nueva distribución de funciones, se han creado aquellas que han parecido indispensables y suprimido aquellas que la experiencia ha

<sup>1</sup> *Publicaciones Científicas de la OPS* 49, 1960 y 60, 1962.

demostrado que no eran necesarias. De ello se da detallada cuenta en el capítulo VII del informe, a partir de la página 78.

Quisiera destacar que, en dicho período, el personal aumentó de 725 a 902 miembros, es decir, un incremento de alrededor de un 24 por ciento. La mayor parte de estos funcionarios trabaja en los países. Sólo un 10 % de este aumento corresponde a la Sede. En ese aumento no están incluidos los consultores y otro personal a corto plazo, a los cuales hemos utilizado en forma creciente en este período.

Estamos convencidos de que expertos con larga experiencia pueden, en un plazo corto, relativamente corto, dejar a los Gobiernos valiosas indicaciones de cómo resolver un problema, y por ello recurrimos a este método con mayor intensidad. El presupuesto ha ido subiendo progresivamente. Es en este capítulo donde cabe destacar lo referente a la nueva Sede de la Organización Panamericana de la Salud, para la cual contamos con el terreno, gracias a la generosa contribución del Gobierno de los Estados Unidos de América, y, para la construcción, con la donación de \$ 3.750.000 de la Fundación W. K. Kellogg, por un sistema en virtud del cual los Gobiernos pagarán esta suma en 20 años, destinándola a nuevos y más numerosos programas de salud. En la discusión del tema correspondiente, se dará cuenta del estado de las gestiones que han de conducir a la construcción de esta nueva Sede, que es indispensable.

Para terminar, señor Presidente, quisiera sintetizar, con la bondadosa paciencia de los señores Delegados, lo que han realizado más de 900 funcionarios de la Organización. Yo creo que lo fundamental en este período ha sido su dedicación para lograr estos resultados que me he permitido presentar. A ello hay que agregar las excelentes relaciones que esperamos se mantendrán y se vigorizarán, si es posible, en el futuro. Se ha debido esto, también, lo repito, a la comprensión y a la acogida grata, cordial, que nuestros funcionarios tienen en todos los Gobiernos del Continente.

Mirando un poco al futuro, voy a permitirme leer, en la página 18, el último capítulo de la primera parte de este informe, que dice así:

En síntesis, en el cuatrienio 1958-1961, la Organización ha tomado las disposiciones para hacer de la salud un componente del desarrollo, interpretando así la doctrina que informa su gestión a tono con la evolución social del Continente.

Al mismo tiempo ha ampliado las labores tradicionales y las ha iniciado o extendido en otros campos que se han justificado por las circunstancias de cada país. Los resultados de esta acción concertada—que es de los Gobiernos—se reflejarán seguramente en los informes que presentarán a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana sobre los progresos en salud individual y colectiva que se han producido en el período. Se debe señalar, sin embargo, que en lo que se refiere a la política fundamental dictada por los Gobiernos respecto a salud y desarrollo, largo es el camino por recorrer e intensas las acciones por realizar. Estadistas, economistas y especialistas en salud, que han logrado en años recientes determinar con más claridad sus respectivas esferas de acción e influencia para el bien común, deberán profundizar en la empresa organizada que es el gobierno de un país. Que la salud es inversión y no gasto, que sus técnicas deben ser parte de todos los programas de desarrollo, que es un factor fundamental para estimular la producción y el consumo, que no hay evidencia científica que contribuya en forma absoluta al crecimiento de las poblaciones, son hechos que han sido analizados en el cuatrienio y que hoy día cuentan con la opinión de los Gobiernos y de la mayoría de sus expertos. Las expresiones más conspicuas de este aserto son el Acta de Bogotá, la Carta de Punta del Este y la Alianza para el Progreso. Hay, sin embargo, que intensificar los esfuerzos para hacer de esta política una realidad cada vez más tangible para los habitantes de las Américas.

Planificar el desarrollo y el progreso social, incluyendo en un todo armónico los recursos naturales y los recursos humanos, es la obra inmediata de las Américas. La salud como concepto y metodología deberá tener en los planes y programas el lugar que le corresponde, de acuerdo con la magnitud e importancia económica y social de los problemas y las posibilidades concretas de resolverlos. Mientras se formulen, es indispensable intensificar las acciones de prevención y de curación de las enfermedades en un régimen integrado, con el fin de elevar la capacidad de aprender y producir de los habitantes de las Américas. Sobre estas bases ha de proyectarse la política y las funciones de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud en el Continente.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Horwitz, por el brillante informe que acaba de rendir. Vamos a suspender la sesión por unos minutos, y seguidamente se iniciará el debate sobre el Informe Cuadrienal del Director.

*Se suspende la sesión a las 16 h. 38 m. y se reanuda a las 17 h.*

El PRESIDENTE: Se reanuda la sesión. El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. GABALDON (Venezuela): Presento mis felicitaciones más calurosas al Director por el Informe Cuadrienal que ha presentado, al igual que hice

en 1959 para el Informe Anual. Es ese informe un modelo en su tipo que aspiramos a imitar quienes debemos hacer exposiciones similares en nuestros propios países.

Son muchos los motivos para elogiar este informe. Pero no habiendo tiempo para hacerlo, debo limitarme a los progresos alcanzados en el campo a que mayormente concreté mi exposición durante la XI Reunión del Consejo Directivo en 1959. Dije entonces, según se lee en las actas, que "en el presupuesto debiera haber un aumento substancial en el campo del saneamiento".<sup>1</sup> Eso es justamente lo que se ha logrado.

En el proyecto de presupuesto para 1960 que entonces discutíamos, se proponía una rebaja de \$ 10.000 para los programas de saneamiento del medio. Mis comentarios hicieron cambiar el rumbo y trajeron una oferta especial del Gobierno de los Estados Unidos de América que permitió mejorar la situación. Hoy veo complacido que en el proyecto de presupuesto para 1963 la partida dedicada a "Saneamiento del medio", dentro del capítulo de "Programas", alcanza al 11 %, mientras que en 1959 esa proporción era inferior al 2 por ciento.

Habiendo llegado a este estado de desarrollo, es natural que piense en la necesidad de que dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana se dé jerarquía suficiente a las actividades de saneamiento ambiental. En efecto, ellas representan el 40 % del presupuesto de programas que se propone, al reunir las partidas de malaria y de saneamiento del medio propiamente dicho. Por ello, y considerando la magnitud y gravedad, en las Américas, de los problemas atendidos por esos programas, y que enfermedades debidas a falta de saneamiento figuran todavía en las primeras cinco causas de muerte en muchos países, hemos pensado presentar una resolución para pedir al Director que estudie la necesidad y conveniencia de crear una División de Saneamiento o de Salud Ambiental. En esta petición contamos con el respaldo de varias Delegaciones.

Como en 1959 mi voz de alerta contribuyó a cambiar un rumbo en el campo que acabo de mencionar, me voy a permitir comentar algunos puntos que me parecen de importancia fundamental. Primero, deseo referirme al problema constituido por las aceleradas tasas de crecimiento de la población, lo cual, si bien no figura en el Informe del Direc-

tor, se encuentra en el *Resumen de los informes cuadriennales sobre las condiciones de salud en las Américas, 1957-1960*. El cambio observado en esas tasas significa que la población adulta de muchos de nuestros países está soportando una carga de población infantil desconocida en la historia de la humanidad. Basta decir que en Venezuela, en el censo de 1961, la proporción de población inferior a 15 años fue del 47,5 %. Esa proporción es generalmente mayor del 40 % en la mayoría de nuestras Repúblicas, mientras que en los países hoy desarrollados se mantiene vecina al 25 por ciento. Esto trae como consecuencia, además de las fuertes cargas familiares y escolares que ese asunto implica, un hecho, que ha pasado desapercibido y que sin embargo constituye, a mi juicio, un problema de importancia capital para nuestro futuro. Es más, sinceramente pienso que de la solución que encontremos dependerá lo que seamos en el siglo XX. El fenómeno a que me refiero lo describen las cifras siguientes de Venezuela, que deben ser similares a las de otros países. Anualmente alcanzan entre nosotros la edad de 15 años, y por ello entran al grupo de trabajadores, 74 personas por cada 1.000 individuos de edad económicamente activa (15-64 años). En países desarrollados esa proporción es de casi la mitad, de sólo 40. Eso quiere decir que nuestra población económicamente activa debe crear, aun teniendo un ingreso menor, oportunidades de trabajo para casi el doble de lo requerido en los países avanzados, en donde el ingreso nacional es proporcionalmente mucho mayor. En la historia del mundo no ha habido todavía un país con ese fenómeno, que se haya podido desarrollar. Es un reto, resultante de la acción sanitaria, que hemos impuesto a los dirigentes de nuestros países. De la sabiduría que usemos dependerá el puesto que ha de correspondernos en el futuro.

Los sanitaristas, que somos responsables de lo sucedido, estamos obligados a averiguar cuál ha de ser el papel que nos corresponde desempeñar. El primer remedio que ha venido a la mente de muchos es la limitación de la natalidad. Eso podría considerarse si fuéramos pueblos superpoblados, pero la realidad es que la mayor extensión del territorio de las Américas sufre de despoblación. Y además, necesitamos poblarnos aceleradamente, pues no estamos seguros de que, si los grandes países superpoblados y subdesarrollados del mundo lograran en un futuro próximo una voz fuerte en la política

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 32, 92.

internacional, no se nos obligaría a aceptar grandes contingentes de inmigrantes para esas extensas áreas actualmente despobladas. Tal hecho vendría a complicar aun más nuestros problemas sociales por pertenecer esos pueblos a culturas y religiones diferentes a las nuestras, lo que haría su absorción imposible y serviría sólo para disgregar nuestra unidad nacional.

Corresponde, entonces, a nosotros ver la salud del adulto desde un ángulo algo diferente del empleado en el pasado. Tenemos el deber fundamental no sólo de rebajar al máximo la mortalidad en la población económicamente activa, sino de fortalecerla, de aumentar su vigor, de aliviar sus incapacidades. Aunque esto cabe en los objetivos de salud citados en la Carta de Punta del Este, no se encuentra allí en tal sentido especificación alguna como se hizo con la población infantil.

Por ello me preocupa profundamente el olvido en que han caído los países americanos con referencia a las helmintiasis intestinales: anquilostomiasis, ascariasis, etc. También respecto de ellas nada se adjudica en el renglón correspondiente a "Enfermedades parasitarias" en los próximos presupuestos de la Organización Panamericana de la Salud. Sin embargo, tales infecciones figuran entre las primeras causas de muerte en algunos países, y en Venezuela son la segunda causa de consulta en los dispensarios médicos rurales. Por otro lado, nos quejamos de la deficiencia de proteínas en la alimentación de nuestros pueblos, pero poco hacemos para que las escasas cantidades ingeridas no se pierdan en parte por la infección de tales vermes. Lo mismo podemos decir de la anemia. Dominados por antiguas ideas, no hemos hecho el uso debido de los nuevos vermífugos, ni hemos tratado de desarrollar drogas mejores. Personas con menos anquilostomiasis y menos ascariasis serán trabajadores más eficientes y padres más fuertes para atender los problemas de sus hijos. Y estos últimos, menos lesionados por la carencia de proteínas y hierro, llegarán a ser adultos más inteligentes y más robustos.

Los accidentes, particularmente los automovilísticos, deben entrar igualmente, a formar parte de nuestras preocupaciones. Son en la actualidad, en Venezuela y posiblemente en otras de nuestras Repúblicas, la primera causa de muerte entre los 20 y los 40 años de edad. Constituyen uno de los problemas a atender para disminuir la mortalidad de

la población económicamente activa. Los debidos a vehículos de motor, que van aumentando continuamente, significan, además, una pérdida mayor del capital social, porque quienes mueren en ellos son generalmente los que han alcanzado un nivel de vida un poco más alto que la masa de la población, lo que constituye por sí mismo una lesión más grande para el factor humano de la producción.

Los homicidios figuran entre la primera o segunda causa de muerte, en muchos de nuestros países tropicales, en el grupo comprendido entre los 20 y 40 años de edad. La influencia del alcoholismo sobre los accidentes y homicidios no es despreciable. No podremos prestar la atención sanitaria debida a la población económicamente activa sin dar el peso debido en nuestras actividades a estos problemas.

Tampoco podremos olvidar lo relativo a rehabilitación; una de las políticas a seguir, ante el fenómeno de crecimiento acelerado de población antes mencionado es, desde un punto de vista nuevo y de fines diferentes a la orientación actual, la protección de la vida y de la salud de los adultos, y el fomento de su vigor y capacidad, con el fin de hacerlos seres más eficientes para la producción, de modo que puedan resistir mejor la creciente carga infantil que les corresponde. Debemos tratar, en todas las formas, de que los inválidos se hagan hábiles para el trabajo, para que no sólo no se transformen en carga adicional para la población económicamente activa, sino que por el contrario, cooperen con ella a fin de aumentar la producción, para aliviar sus responsabilidades en la brusca transformación demográfica a que he hecho referencia.

Los sanitaristas hemos sido los causantes de estos cambios violentos que sufren nuestros pueblos en su crecimiento numérico. No podemos dar la espalda a un fenómeno que nosotros mismos hemos producido. Por ello me parece razonable que la Oficina Sanitaria Panamericana tome los pasos para fomentar investigaciones demográficas en nuestras áreas. Se necesitarán unidades especializadas para atender estos fenómenos de la población, no sólo en dicha Oficina, sino también en nuestros propios ministerios de sanidad. Necesitamos estudiar esos hechos porque, al finalizar, deseo repetir que estoy convencido de que todo el futuro de los pueblos sometidos a la influencia de tales fenómenos depende de la solución que a ellos encontremos.

*El Dr. Padilla (Argentina) pasa a ocupar la presidencia.*

El PRESIDENTE: El Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. BRAVO (Chile): Al comentar el Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, no es posible ocultar la emoción que produce ver cómo nuestra Organización, bajo la dirección del Dr. Horwitz, ha ido desarrollando sus actividades y ha logrado adaptarse al momento actual que viven los países de América Latina y enfrentarse con los problemas más candentes de nuestros países en forma comprensiva, amplia y con base técnica. Por eso, vayan al Dr. Horwitz las más calurosas felicitaciones de la Delegación que en este momento represento, no sólo por el magnífico conjunto de realizaciones que nos ha presentado, sino también por su capacidad de síntesis para resumir en una hora toda una exposición, bella en su forma y profunda en su fondo, es decir, toda la labor de cuatro años que difícilmente se puede expresar en tan pocas palabras.

Ciertamente, la obra que nos ha mostrado el Director de la Oficina es una representación de las realizaciones que se pueden llevar a cabo cuando a nuestras acciones se aplican con criterio práctico los avances extraordinarios que la ciencia y la tecnología han acusado en el curso de los últimos años. Para nosotros, el descubrimiento de los insecticidas, de los antibióticos, de los isótopos radiactivos, representa otras tantas etapas en el avance científico, que han posibilitado las acciones de salud, de las cuales nos ha dado cuenta nuestro Director.

No sería, en efecto, posible enfrentarse con la erradicación y el control de las enfermedades, sin aplicar los conocimientos adquiridos en el curso de los últimos años. Pero la aplicación de estos conocimientos tampoco puede ser una obra más o menos aislada; no puede estar deformada por un tecnicismo exagerado, sino que tiene que estar, sobre todo cimentada en la experiencia del pasado, para ser ejecutada con realismo y precisión en el presente y proyectarse hacia el futuro con audacia y valentía, para presentar ante los pueblos interesados de las Américas, cuáles son los verdaderos problemas ante los que nos encontramos, y cuáles las soluciones posibles con los conocimientos disponibles en este momento.

En estos cuatro años, señor Presidente, la Organización Panamericana de la Salud ha definido una política, y su Director ha dado un contenido doctrinario que ha permitido la continuación y expansión de los programas ya iniciados en el pasado, al mismo tiempo que una acción efectiva en el presente con una proyección de imaginación creadora hacia el futuro. Pero lo más importante es que todas estas acciones, todos estos planeamientos presentes y futuros, a corto y a largo plazo, nos han sido presentados en el informe del Director con un realismo que le ha permitido ajustarse al momento del desarrollo socioeconómico que viven nuestros países, que le ha hecho posible exponer ante nosotros todo un plan que es expresión de una doctrina y que es aplicable a cualquiera de nuestros países en el Continente.

Efectivamente, planeamiento y evaluación, tal como el Director lo plantea en su informe, son condiciones indispensables, el anverso y el reverso de una misma medalla, como dice el informe, condiciones indispensables para poder organizar la acción de salud pública dentro de los planes de desarrollo económico y social.

Por otra parte, una organización satisfactoria y una administración eficiente son las herramientas a través de las cuales se pueden realizar estos planes. Pero no olvidemos, señor Presidente, que aun cuando nuestros planes, conceptos y doctrinas estén firmemente fundamentados en las necesidades del presente y en el momento económico y social que viven nuestros países, nuestra debilidad financiera, crónica y permanente, ha sido a través de la historia la dificultad mayor para llevar a la realidad los planes de salud pública. Nuestros recursos han sido siempre inferiores a nuestras necesidades. Los sanitarios planteamos nuestros problemas, con cierta frecuencia, encerrados en nuestra torre de marfil mirando solamente los aspectos puramente médicos y de salud pública relacionados con los problemas que planteamos y, por otro lado, también con frecuencia, nos encontramos frente a economistas que miran al desarrollo económico, sin acordarse mucho de la defensa del capital humano o sin dar la verdadera importancia a los aspectos sociales del desarrollo.

Esta es, a mi juicio, la virtud del informe que nos ha presentado el Director de la Oficina. Ha unido desarrollo económico y progreso social en un conjunto armónico que permite planear y permite



ajustarlo a las realidades de cada uno de nuestros países. Yo quisiera destacar, sobre todo, la importancia que ha tenido el hecho de interesar a los economistas y a las instituciones internacionales de crédito y asistencia financiera, para que contribuyan al financiamiento de nuestros proyectos de saneamiento ambiental. Esta acción de la Oficina ha permitido que nuestras labores de saneamiento ambiental se lleven a la práctica sin comprometer la capacidad financiera de la Organización ni la de nuestros respectivos países. Esto es un paso adelante para incorporar la salud pública, es decir, nuestros planes, al conjunto de la economía continental y al conjunto del planeamiento en el terreno económico, con el debido apoyo financiero y con las consiguientes proyecciones sociales para el futuro.

El Director ha acertado también, en su informe, al llamar la atención sobre la gravedad de algunos de los problemas con que nos enfrentamos, y así, por ejemplo, nos ha indicado que la cifra de mortalidad infantil, a pesar de los progresos hechos, todavía se mantiene en tasas exageradamente altas en la mayoría de nuestros países; y se pregunta en el informe, y yo le acompaño en esta inquietud: ¿De qué mueren nuestros niños? ¿Por qué estas altas tasas de mortalidad? Podemos ver, y esto se repite en todos nuestros países, que los niños mueren de infecciones respiratorias en la época de invierno y de infecciones entéricas en la época de verano; si vamos a tratar de descubrir las causas últimas que determinan este estado de cosas, veremos que se basan fundamentalmente en condiciones de orden económico, social y cultural que están fuera del alcance de la acción médica y de la acción de salud pública, y que el problema de la vivienda de nuestras poblaciones, el excesivo crecimiento demográfico de nuestros pueblos, las migraciones internas con el consiguiente hacinamiento en los alrededores de nuestras grandes ciudades, son lo que determinan la escasez de viviendas, una vida en condiciones inferiores, desde el punto de vista higiénico, y la posibilidad de transmisión de enfermedades del aparato respiratorio en las épocas de invierno, especialmente en los países fríos, y de enfermedades entéricas en el verano, sobre todo en los países cálidos, transmisión que se debe a la falta de saneamiento ambiental y que normalmente podría ser evitada si nuestros países estuvieran en condiciones financieras de tomar las medidas necesarias para cortar este ciclo fatal que

se produce entre las condiciones económicas y la pérdida de la salud.

Pues bien, este hecho planteado en el informe de nuestro Director, pone a la Oficina Sanitaria Panamericana a la cabeza, la transforma en un líder dentro de la defensa de ese capital humano y la coloca a tono con los planes de desarrollo social y económico que en este momento se están llevando a cabo a través de distintos programas nacionales o internacionales.

Por esto me felicito de haber escuchado este informe, y espero que la política y la doctrina en él planteadas se transformen en política y doctrina que la Oficina pueda desarrollar e impulsar y que, sobre todo, cada uno de nuestros países sepa apreciarlas y adoptarlas para beneficio de las comunidades que viven en cada uno de ellos y, además, para que nuestro ideal de servicio se transforme en cosas prácticas y en elevación del nivel de vida de nuestra población.

*El Dr. Alvarez Amézquita (México) pasa a ocupar la Presidencia.*

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Bravo. Deseo excusarme por haber abandonado el salón unos minutos, y quiero decir al Dr. Gabaldón que la Secretaría ha tomado ya nota de su proposición para crear, dentro de la Oficina, una División de Saneamiento o de Salud Ambiental. Tiene la palabra el Delegado de Francia.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) (*traducción del francés*): La Delegación de Francia se asocia a las felicitaciones expresadas al Dr. Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, y a sus colaboradores, por el excelente informe que acaba de presentar, en el cual se señalan las tareas emprendidas por la Oficina Sanitaria Panamericana, bajo su enérgica dirección. Constituye para mí una gran satisfacción apreciar los progresos obtenidos en la lucha contra la malaria, desde la Conferencia de 1954. Progresos tan considerables me permiten albergar la esperanza de que, probablemente, en la Conferencia de 1966 se anunciará la erradicación definitiva de dicha enfermedad en las Américas. En cuanto a la viruela, también se han logrado progresos importantes. Es satisfactorio observar que esta afección no se propaga en América como todavía sigue propagándose en Europa y Asia. En la encrucijada de las Antillas hemos com-

probado que esta amenaza no ha surgido en nuestros países, gracias seguramente a la acción enérgica de la Oficina Sanitaria Panamericana, que tanto ha contribuido a su erradicación en el Continente.

El *Aedes aegypti* constituye aún en nuestras islas superpobladas un problema muy grave, pero confiamos en poder informar a la próxima Conferencia un resumen del resultado obtenido en nuestras actividades que esperamos sea la erradicación del *A. aegypti* en el Area del Caribe.

Me doy cuenta de la importancia del problema de la nutrición; estoy de acuerdo con el Dr. Galdon, y veré con satisfacción que se acepte su idea de la creación de una división de saneamiento, ya que las enfermedades parasitarias son, al menos en nuestros países y quizás en toda la América Central y la del Sur, una de las causas principales de mortalidad infantil. Actualmente puede de-

cirse, respecto a nuestros territorios insulares y la Guayana Francesa, que por lo menos el 50 % de los niños fallecidos lo son a causa de enfermedades parasitarias, en particular por la anquilostomiasis. Abunda la malnutrición pero sin subalimentación: se produce un desequilibrio en las raciones alimenticias y a la vez una deficiencia de proteínas. Esa mala distribución es seguramente la causa de la mortalidad infantil, y me place ver que la Oficina Sanitaria Panamericana tiende a preocuparse de este importante problema.

Para terminar, repito mis sinceras felicitaciones al Dr. Horwitz por su excelente informe.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Hyronimus. Con esta intervención damos por terminada la sesión.

*Se levanta la sesión a las 17 h. 40 m.*

### TERCERA SESION PLENARIA

*Jueves, 23 de agosto de 1962, a las 8 h. 55 m.*

*Presidente: Dr. JOSÉ ALVAREZ AMÉZQUITA (México)*

#### **Tema I.15: Solicitud presentada por Jamaica para su admisión como Miembro de la Organización Panamericana de la Salud (conclusión)**

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. El primer tema que va a ser tratado hoy se refiere a la solicitud presentada por Jamaica para su admisión como Miembro de la Organización Panamericana de la Salud (Documento CSP16/37). Ruego al Dr. Sutter que dé cuenta de la documentación relativa a este asunto.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): El documento correspondiente a este tema es el CSP16/37, que contiene como anexos la carta dirigida a usted, como Presidente de la Conferencia, por el Director de la Oficina, sobre la solicitud formulada por Jamaica, la carta del señor Encargado de Negocios de Jamaica en Washington dirigida al Director, la que la Presidencia de la Conferencia remitió a este último y, por fin, un anexo sometiendo a la consideración de la Conferencia la solicitud mencionada

para que los señores Delegados se pronuncien sobre ella y emitan su voto, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 44 del Reglamento Interno aprobado por la Conferencia.

*El Dr. Sutter da lectura seguidamente al citado artículo.*

El PRESIDENTE: El problema está planteado ante ustedes, señores Delegados, y queda abierta la discusión. Tiene la palabra el Delegado de la Argentina.

El Dr. PADILLA (Argentina): Consecuente con la posición adoptada en la reunión preliminar de Jefes de las Delegaciones, la Argentina considera que la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana no puede postergar la incorporación de Jamaica. A este nuevo país independiente le asiste pleno derecho a formar parte de la Organización. No existen prescripciones estatutarias ni reglamentarias para demorar su ingreso. Así lo ha informado la Secre-

taría General en el documento que obra en poder de todos los Delegados. En una Conferencia estricta y exclusivamente sanitaria como ésta, no pueden considerarse aspectos ni razones políticas. Por otra parte, corresponde dar al recién llegado una bienvenida pronta, leal y afectuosa. Es de elemental cortesía no retardar su entrada. La Delegación de la Argentina se sentiría embargada por profunda tristeza si esto ocurriese, cualquiera que fuesen los motivos que se invocaran, porque los consideraría como un verdadero atentado a la justicia.

El PRESIDENTE: ¿Algún otro de los señores Delegados quiere hacer uso de la palabra? Tiene la palabra el Delegado del Uruguay.

El Dr. VIDOVICH (Uruguay): El Delegado del Uruguay estima un deber adherirse a las palabras que acaba de pronunciar el Dr. Padilla.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): La Delegación del Ecuador se adhiere a las expresiones del señor Delegado de la Argentina, y si hay alguna otra Delegación que la apoye, formula una moción para que sea aprobado de modo inmediato el ingreso de Jamaica en la Organización Panamericana de la Salud.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Brasil.

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación del Brasil*

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil): Señor Presidente, apoyando las palabras pronunciadas por los señores Delegados de la Argentina, Uruguay y Ecuador, me voy a permitir someter a la consideración de la Conferencia el siguiente proyecto de resolución:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta la solicitud oficial de ingreso en la Organización Panamericana de la Salud, presentada en nombre del Gobierno de Jamaica por el Encargado de Negocios de la Embajada de dicho país en Washington, el 10 de agosto de 1962;

Teniendo en cuenta que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ha comunicado la mencionada solicitud a los Gobiernos de la Organización de la Salud; y

Considerando que el Gobierno de Jamaica ha declarado que está dispuesto a asumir todas las obligaciones que impone la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y a cumplir con las disposiciones del Código Sanitario Panamericano, tal como quedó modificado por el Protocolo Anexo de 24 de septiembre de 1952, así como a contribuir, por medio de una cuota, al apoyo financiero de la Organización,

RESUELVE:

1. Aprobar la solicitud presentada por Jamaica para su ingreso en la Organización Panamericana de la Salud.
2. Encomendar al Director que transmita esta decisión a los Gobiernos de la Organización.

El PRESIDENTE: El proyecto de resolución que acaba de presentar el señor Delegado del Brasil pasa a la Secretaría para que sea tomado en consideración si llega el caso. Tiene la palabra el Delegado de Guatemala.

El Dr. AZURDIA (Guatemala): Es indiscutible el derecho que tienen las naciones y los seres humanos de obtener servicios médicos y no hay duda tampoco en cuanto a la obligación que incumbe a entidades como la Oficina Sanitaria Panamericana, pero estimo que no debemos ser excesivamente emotivos en ningún caso. Vivimos en el siglo XX, en que todos los actos deben ser plenamente meditados. En el caso presente no tengo intención de hacer obstrucción al ingreso de Jamaica en la Organización; mi único deseo es que se sienta un sano precedente y se establezca sobre tal cuestión un procedimiento legal. Me permito sugerir a los señores Delegados que observen el Artículo 55 del Código Sanitario Panamericano, que define a la Oficina Sanitaria Panamericana como la agencia sanitaria central de coordinación de las varias Repúblicas que forman la Unión Panamericana.

Esta situación, que pretendo legalizar, puede repetirse frecuentemente; yo quisiera, con el fin de evitar a esta Organización problemas que en el futuro pudieran presentarse, que tal cuestión fuera dilucidada por una entidad calificada, como lo es la Organización de los Estados Americanos, que dictaminara qué Estados pertenecen a la Unión Panamericana. Por tanto, me permito proponer que las naciones que de hoy en adelante deseen ingresar en la Organización Panamericana de la Salud

deberán ser admitidas previamente en la Organización de los Estados Americanos.

El PRESIDENTE: Nos encontramos con esta nueva proposición de Guatemala, en el sentido de que será requisito previo, para ingresar en esta Organización Panamericana de la Salud, que el país haya sido calificado y aceptado por la Organización de los Estados Americanos. Ruego a la Secretaría que tome nota de esa proposición. ¿Alguna otra persona desea hacer uso de la palabra? Tiene la palabra el Delegado de Chile.

El Sr. MÜLLER (Chile): Debo manifestar que las palabras pronunciadas por el señor Delegado de la Argentina reflejan exactamente la posición de mi país con respecto a la solicitud de Jamaica y deseo que se apruebe la proposición de admisión.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de los Estados Unidos de América.

Dr. TERRY (Estados Unidos de América) (*traducción del inglés*): Los Estados Unidos de América apoyan el proyecto de resolución presentado por la Delegación del Brasil.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Venezuela.

El Dr. GABALDON (Venezuela): Según lo que parece desprenderse de las palabras del señor Delegado de Guatemala, el procedimiento que él sugiere se refiere a los casos futuros. No sé si realmente es esa la interpretación correcta de su intervención; si así fuese, no habría nada que objetar.

El PRESIDENTE: Haciendo una síntesis de la situación, hay dos puntos distintos: primero, el problema de la admisión de Jamaica en la Organización Panamericana de la Salud, y, segundo, el establecimiento del procedimiento legal para el ingreso en el futuro de otros países en nuestra Organización. Eso es lo que está ahora a discusión.

El Dr. AZURDIA (Guatemala): Lo que pretendo es establecer un procedimiento legal que evite que en el futuro se produzcan situaciones complicadas.

*Proyecto de resolución presentado por las Delegaciones del Brasil, Estados Unidos de América y México (Procedimiento para la admisión de Estados en la Organización Panamericana de la Salud)*

El PRESIDENTE: En relación con el procedimiento

para el futuro, esta mañana se ha distribuido un proyecto de resolución presentado por las Delegaciones del Brasil, Estados Unidos de América y México. Ruego a la Secretaría que dé lectura del mismo.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): El proyecto de resolución dice así:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el párrafo A del Artículo 2, en los párrafos B y H del Artículo 4 y en el párrafo A del Artículo 9 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

1. Encomendar al Consejo Directivo que estudie y establezca los procedimientos apropiados que rijan la admisión de Estados como miembros de la Organización Panamericana de la Salud.

2. Delegar en el Consejo Directivo la autoridad para tratar de asuntos relativos a la admisión de Estados como miembros de la Organización durante el intervalo comprendido entre las reuniones de la Conferencia, de conformidad con los procedimientos que adopte el Consejo.

El PRESIDENTE: El Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): Creo que no es esta la moción que se está discutiendo, sino la presentada por la Delegación del Brasil respecto al ingreso de Jamaica en nuestra Organización.

El PRESIDENTE: La verdad, Dr. Nevárez, es que estamos ante dos aspectos de un problema: uno, que Jamaica ingrese en esta Organización, y otro, establecer el procedimiento para que, en lo sucesivo, otros países que presenten su solicitud de admisión llenen previamente determinados requisitos.

El Delegado de Guatemala ha expresado que lo que trata es de fijar el procedimiento para el futuro. Así, pues, estimo que es momento de preguntar a los señores Delegados si consideran suficientemente debatido el asunto relativo a la admisión de Jamaica en la Organización Panamericana de la Salud. Tiene de nuevo la palabra el Delegado del Ecuador.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): La moción presentada por la Delegación del Brasil cuenta con el apoyo expresado ya por el Delegado de los Estados Unidos de América y coincide con lo expuesto por las Delegaciones de la Argentina, Ecuador y Uruguay.

Me permito, en consecuencia, señor Presidente, sugerir que sea ésta la moción que se vote, y que, una vez aprobada, sigamos discutiendo el procedimiento futuro para las admisiones de otros Estados. Mientras no se vote así, la situación de Jamaica no estará definitivamente aclarada y resuelta.

El PRESIDENTE: Estamos absolutamente de acuerdo. Son dos situaciones las que se están discutiendo en este momento; la primera es la admisión de Jamaica. El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. MACHADO VENTURA (Cuba): Esta Delegación considera correcto y apoya, como es natural, el proyecto de resolución de la Delegación del Brasil en lo que se refiere a la admisión de Jamaica en el seno de la Organización Panamericana de la Salud.

Sin embargo, en el segundo aspecto, el que atañe al procedimiento, no comparte la opinión de la Delegación de Guatemala de que sea menester, como requisito previo, pertenecer a la Organización de los Estados Americanos. Creemos que no se debe establecer tal requisito, puesto que de lo que se trata es de evitar dificultades a la Organización Panamericana de la Salud en el futuro, y no es precisamente eso lo que va a evitarlas sino que, contrariamente, puede ser que las suscite. Tal es la opinión de la Delegación de Cuba.

El PRESIDENTE: Lo que ha expresado el Delegado de Cuba en relación con el segundo tema que va a discutirse, ya fue tomado en consideración; pero en cuanto al primero, vuelvo a preguntar a la Conferencia si estima que está suficientemente discutido. Tiene la palabra el Delegado de Honduras.

El Dr. JAVIER (Honduras): Esta Delegación quiere ratificar su posición en cuanto al orden que debe seguirse en estos problemas, es decir, que estima necesario, desde luego, establecer un procedimiento jurídico que habilite a la Organización para proceder a la admisión de nuevos Estados. En consecuencia, me ha parecido muy oportuna la lectura casi simultánea de los dos documentos, a fin de que la Conferencia se dé cuenta de cuál será el orden de la discusión.

En la primera parte, en lo que concierne a la admisión de Jamaica en esta ocasión, la República de Honduras no tiene que formular objeción alguna, puesto que la misma Constitución de la Organización establece taxativamente que todos los Estados

americanos pueden ser miembros de la Organización Panamericana de la Salud, y, a mayor abundamiento, hemos tenido a Jamaica en el seno de la Organización desde hace muchos años. Así, pues, la Delegación de Honduras apoya la proposición del Brasil y agradece, en consecuencia, que se haya tomado en consideración la primera propuesta que tiende a que se elabore un procedimiento que rija en el futuro para tales admisiones.

El PRESIDENTE: En realidad estamos de acuerdo en la relación que existe entre las dos cuestiones pero, con el objeto de que el debate siga el debido curso, trataremos primero el asunto de la solicitud de ingreso de Jamaica en la Organización y, segundo, lo referente al procedimiento legal para tramitar las solicitudes de nuevos Estados americanos que quieran ingresar en la Organización Panamericana de la Salud.

Entonces, señores, creo que es el momento para que sea leído otra vez el proyecto de resolución presentado por la Delegación del Brasil, con el objeto de que sea votado. Ruego a la Secretaría que lo lea nuevamente.

*El Dr. Sutter (Subdirector, OSP) da lectura de nuevo al proyecto de resolución relativo a la admisión de Jamaica en la Organización Panamericana de la Salud, presentado por la Delegación del Brasil.*

El PRESIDENTE: Se somete a votación el proyecto de resolución relativo a la admisión de Jamaica.

El Dr. AZURDIA (Guatemala): La Delegación de Guatemala se abstendrá de emitir su voto.

*Se procede a la votación, con el siguiente resultado: 17 votos a favor, ninguno en contra y una abstención.*

El PRESIDENTE: Declaramos, en consecuencia, que por voluntad de esta Conferencia, Jamaica ha sido admitida como Miembro de la Organización Panamericana de la Salud.<sup>1</sup> Invitamos a los señores Delegados de Jamaica a que pasen a ocupar su lugar en esta Conferencia. Tiene la palabra el Delegado de Venezuela.

El Dr. GABALDON (Venezuela): Deseo, en nombre de la Delegación de Venezuela, que seamos los primeros en dar la bienvenida a los señores Delegados

<sup>1</sup> Resolución III. Documento Oficial de la OPS 48, 10.

del Gobierno de Jamaica en esta Conferencia, no sólo por el criterio que sustenta nuestro Gobierno de dar acogida a aquellos países que han logrado incorporarse como Estados en la comunidad de naciones, sino muy especialmente por los antecedentes históricos que han unido a Jamaica y a Venezuela.

En efecto, Jamaica recibió a Simón Bolívar en uno de sus momentos de desgracia, le dio gran acogida y allí tuvo oportunidad de escribir un documento que hoy se conoce con el nombre de Carta de Jamaica, en el cual fijó principios y rumbos que le llevaron luego a la campaña que culminó con la liberación de Venezuela y de las otras hermanas repúblicas bolivarianas.

Por eso es para nosotros de especial agrado dar aquí la bienvenida a los Delegados del Gobierno de Jamaica.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Gabaldon. Se concede la palabra al Delegado del Reino Unido.

El Dr. COMMISSIONG (Reino Unido) (*traducción del inglés*): Permítame, señor Presidente, que, en primer lugar, felicite a nuestro territorio hermano, Jamaica, en ocasión de haber sido admitido como Miembro de la Organización. En segundo lugar, quiero referirme a la situación de Trinidad y Tabago. Como ustedes seguramente ya saben, Trinidad y Tabago obtendrá su independencia el 31 de agosto. Mi Gobierno me ha autorizado a manifestar que el Gobierno de Trinidad y Tabago está estudiando actualmente la posibilidad de solicitar el ingreso en la OPS. Trinidad y Tabago agradece plenamente la colaboración que ha recibido y está recibiendo todavía en relación con muchos de nuestros proyectos de salud, y no deja de reconocer los beneficios y las obligaciones que entraña la calidad de Miembro de la Organización Panamericana de la Salud.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Comissiong. Tiene la palabra el Delegado de Jamaica.

El Dr. ELDEMIRE (Jamaica) (*traducción del inglés*): En nombre del Gobierno de Jamaica quiero dar a ustedes las gracias por la prontitud con que se ha resuelto nuestra solicitud de ingreso en la Organización y la calurosa acogida que nos han brindado. Estoy muy agradecido por esta decisión y sólo me queda agregar que ello realmente atestigua la eficacia de la Organización y refleja muy bien la cooperación que existe entre los Gobiernos de la misma. Mi propia experiencia me ha enseñado que,

cuando hay buena voluntad, las dificultades técnicas se superan sin demora. Mi Delegación se ha sentido muy impresionada por las expresiones de evidente buena voluntad que hemos recibido de todos los interesados. Quiero asimismo expresar mi particular reconocimiento al personal de la Secretaría por la colaboración que nos ha prestado. Es cierto que la fuerza de cualquier organización depende de la orientación que le impriman sus miembros, y no cabe duda, como hemos comprobado en nuestra anterior asociación con la OPS y en mis reuniones con los Delegados de todos los países aquí presentes, que estas dos características existen en grado sumo. El mes de agosto será un mes memorable en nuestra historia, y quedará para siempre grabado en sus anales. En este mes hemos obtenido nuestra independencia y me siento orgulloso de haber tenido el honor de encabezar la Delegación de mi país en la primera conferencia internacional que se celebra desde esa fecha. Y me siento todavía más orgulloso, en mi carácter de Ministro de Sanidad de Jamaica, de que esta Conferencia esté dedicada a la cooperación internacional en el campo de la salud pública de las Américas. Como ya he manifestado, el mes de agosto ha sido un mes muy memorable en nuestra historia, y tal vez debería expresar mi satisfacción por el hecho de que en este mismo momento, en ocasión de celebrarse los IX Juegos Centroamericanos, Jamaica es el país huésped de la mayoría de los países representados hoy en esta sala. La buena voluntad y la camaradería que inspiran los deportes en los países representados ahora en Jamaica, están también patentes en nuestra reunión. Esto es admirable, y es justo que nuestra nación, hoy la más nueva y más joven del mundo, sea admitida como miembro de la Organización Panamericana de la Salud.

No somos ajenos a esta Organización, puesto que tenemos un largo, satisfactorio y fructífero historial de cooperación con la OSP, la OPS y la OMS. En nombre de mi Gobierno, agradezco toda la asistencia que hemos recibido y estamos recibiendo de dichas organizaciones, de entidades como la AID y fundaciones de carácter internacional, así como del Reino Unido. Todos estos organismos han contribuido mucho al mejoramiento del nivel de salud pública en Jamaica. Como resultado de ello, y en particular debido a la asistencia proporcionada por la OPS, la OMS y la AID, hemos conseguido como las estadísticas indican, erradicar la malaria de Jamai-

ca. Constituye un motivo de satisfacción que, como resultado de esta colaboración internacional, hayamos podido establecer un centro de adiestramiento en salud pública en Kingston, al cual han acudido personas de todas partes del mundo. En realidad, durante los últimos cinco años, más de 300 personas procedentes de unos 60 países han asistido a este centro. Esto nos enorgullece y expresamos a ustedes nuestra gratitud más profunda y sincera por la ayuda que nos han prestado. Señor Presidente, somos una nación pequeña y joven, pero miramos hacia el porvenir con esperanza y denuedo. Anhelamos tener una actuación aún mayor en la consecución de los fines de esta gran Organización, a la cual nuestro país tiene hoy el honor de ingresar como Miembro.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado de Jamaica. Hemos escuchado sus palabras, y como mexicano puedo expresar que para la comunidad americana no hay países grandes ni pequeños, sino solamente países que, en el campo que se nos ha encomendado, que es el de la salud pública, tanto individual como colectiva, deben constituir la base humana y fundamental para el desarrollo económico y social de nuestros pueblos.

Agradezco mucho las palabras que acaba usted de expresar, y ya ha sido rubricada con un aplauso la exposición de las ideas que usted, como Ministro de Sanidad de su país, ha manifestado ante esta Conferencia. Ahora, voy a rogar a la Secretaría que lea de nuevo el proyecto de resolución encaminado a establecer el procedimiento apropiado para la admisión, en el futuro, de nuevos Estados como miembros de la Organización Panamericana de la Salud.

*El Dr. Sutter (Subdirector, OSP) da lectura nuevamente al proyecto de resolución presentado por las Delegaciones del Brasil, los Estados Unidos de América y México sobre dicho procedimiento.*

El PRESIDENTE: Se somete a votación.

*Queda aprobado por unanimidad el proyecto de resolución.<sup>1</sup>*

El PRESIDENTE: Antes de suspender la sesión, ruego a la Comisión de Credenciales que se reúna

durante este pequeño lapso de tiempo, para emitir dictamen sobre las credenciales de Jamaica y Colombia.

*Se suspende la sesión a las 10 h. 10 m. y se reanuda a las 10 h. 25 m.*

### Segundo Informe de la Comisión de Credenciales

El PRESIDENTE: Se reanuda la sesión. Ruego al Dr. Romero Alvergue de El Salvador, Presidente y Relator de la Comisión de Credenciales, que nos dé a conocer el segundo informe de dicha Comisión.

El Dr. ROMERO (El Salvador, Presidente y Relator de la Comisión): El informe dice así:

La Comisión de Credenciales, integrada por los señores Delegados del Ecuador, El Salvador y Venezuela, celebró su segunda sesión el día 23 de agosto de 1962. La Comisión examinó y encontró aceptables las credenciales de las Delegaciones de Colombia y Jamaica ante la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación sobre el informe de la Comisión de Credenciales? No habiendo ninguna, lo consideramos aprobado.

*Queda aprobado el segundo informe de la Comisión de Credenciales.*

### Tema 1.10: Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1958-1961) (continuación)

El PRESIDENTE: Vamos a proseguir ahora el debate sobre el Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Tiene la palabra el Delegado del Paraguay.

El Dr. GONZÁLEZ TORRES (Paraguay): Séame permitido expresar al Dr. Horwitz nuestras calurosas felicitaciones por el brillante informe presentado que es claro, preciso, técnico, y que en una feliz síntesis nos mostró el verdadero panorama sanitario de las Américas. El informe muestra una gran capacidad directiva y un proficuo trabajo en grupo, que tanto honra a la actual Dirección de la Oficina Sanitaria Panamericana, la cual ha sabido interpretar y realizar los anhelos de mejoramiento de los Gobiernos y pueblos americanos en el campo de la salud y el bienestar. El Gobierno del Paraguay está muy agradecido a la OSP y al Dr. Horwitz, y también a otros organismos internacionales como

<sup>1</sup> Resolución IV. Documento Oficial de la OPS 48, 11.

la OMS, el UNICEF, la FAO, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y la Misión Económica de los Estados Unidos de América, por la valiosa cooperación recibida en asesoría, becas, materiales y equipo para el desarrollo de sus programas de salud pública.

La calidad y extensión de los trabajos realizados en este último cuatrienio por la Dirección actual de la OSP, continuadora de los trabajos de una organización que nació en los albores del siglo, pueden servir de ejemplo de capacidad creadora y realizadora a otras organizaciones dado su enfoque realista de los problemas, y su planificación adecuada y expeditiva gracias a un equipo técnico dotado de larga experiencia y de ejecución oportuna y coordinada, con una filosofía que ha permitido la realización de muchas campañas y la integración de diversos programas en los centros asistenciales de nuestros pueblos.

Paso por alto algunas informaciones adicionales que pienso dar cuando entremos en las Discusiones Técnicas, y solamente quiero referirme ahora a algunos hechos históricos recientes de América, que guardan relación con los planes realizados por la OSP.

En 1958, El Presidente del Brasil lanzaba la idea de la Operación Panamericana y proponía que los países de América formularan las medidas adecuadas de cooperación económica que les liberaran de las trabas que retardaban el desarrollo y progreso de sus pueblos.

Poco más tarde, en 1960, en Bogotá, y hace un año en Punta del Este, al establecerse la Alianza para el Progreso del Presidente Kennedy, los Gobiernos americanos reunían a sus representantes y en ambas reuniones se afirmaba la profunda e íntima convicción americana de la necesidad urgente, impostergable, de emprender una verdadera cruzada y luchar por un rápido desarrollo económico y social que fuera una firme base para la estabilidad social y política de las naciones y el goce de la libertad y la democracia por nuestros pueblos.

Hemos escuchado señores Delegados, una admirable síntesis hecha por el Dr. Horwitz de lo que en las Américas hemos realizado y estamos realizando en el campo de la salud, aspecto importantísimo del problema, tan íntimamente ligado y que sirve de base, junto con la educación, al desarrollo económico y social para alcanzar el bienestar que todos anhelamos.

Estoy convencido de que después de leer el informe y verificar la obra realizada en pro de la salud en las Américas, persuadidos igualmente de que preparamos y acompañamos con medidas sanitarias las otras provisiones tomadas por nuestros Gobiernos para construir un futuro mejor, como son reformas agrarias, nuevas áreas de colonización que se agregan al desarrollo, equilibrio presupuestario, estabilidad monetaria, etc., que muchos que desean ayudarnos en nuestros esfuerzos para mejorar las condiciones de vida de nuestros pueblos han de comprender mejor y valorar en su justa medida el gigantesco esfuerzo que ello significa, y se convencerán que es oportuno, por lo preparado del terreno, el momento de estimular efectivamente a que nuestras colectividades humanas continúen su marcha con mayor entusiasmo hacia la conquista de su bienestar y felicidad.

Ciertamente que en otras reuniones, con amplio espíritu crítico y objetivo, podremos mostrar a los que quieran y deban ayudarnos con medidas de acción amplia y rápida, para que los acontecimientos no nos sobrepasen, que la OSP y los Gobiernos, por medio de sus ministerios o direcciones de salud pública, hemos asumido la responsabilidad y estamos realizando la ardua tarea de preparar al hombre para que alcance la meta de su recuperación y liberación de males que le aquejan y minan su energía, y que estamos preparando la base fundamental, que es la salud, para alcanzar un digno bienestar social y el derecho para nuestros pueblos a ser felices y lograr un nivel de desarrollo compatible con el destino que le espera a América.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. González Torres. Tiene la palabra el Delegado de México.

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México): La Delegación de México se une a las felicitaciones al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por su magnífico informe, en el que se destaca la extraordinaria interpretación que se ha dado a la doctrina, a los principios y a los métodos expuestos en la Constitución de nuestra Organización, de prevenir y prolongar la vida y fomentar la salud, y también de armonizar el desarrollo económico con el bienestar de nuestros pueblos.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. García Sánchez. Tiene la palabra el Delegado del Reino Unido.



El Dr. NICHOLSON (Reino Unido) (*traducción del inglés*): En nombre de nuestra Delegación, deseo felicitar al Director y a su personal por la forma admirable en que el informe ha sido presentado; no sólo contiene una evaluación del programa realizado durante el período que se examina, sino que, además, presenta un cuadro muy claro de los múltiples problemas a que hacen frente los países de las Américas. Indica que se han logrado importantes progresos—de lo cual estamos convencidos—especialmente en cuanto a la erradicación de la malaria y la frambesia. Pero, en todo el informe es significativo observar que, de no existir un grado considerable de coordinación e integración de nuestras actividades, no es posible combatir satisfactoriamente muchas de las enfermedades—por ejemplo, la viruela—que todavía prevalecen en diversas partes del Hemisferio. A este respecto, confiamos en que la Organización nos oriente constantemente y, por nuestra parte, ofrecemos nuestro apoyo y cooperación. Creo que es conveniente ampliar la referencia que aparece en la página 61 del informe a la labor hecha por la Organización en lo relativo al estudio del problema de la filariasis en la Guayana Británica y las medidas que van a adoptarse para combatirla. No quisiera consumir demasiado tiempo, tan valioso para todos ustedes, en exponer el problema, pero sí deseo manifestar que, en mayo de 1961, el Gobierno de la Guayana Británica y la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos de América, concertaron un acuerdo por el que se estableció un programa contra la filariasis, financiado y ejecutado conjuntamente. Desde entonces, tres asesores técnicos estadounidenses han sido asignados a la zona afectada, para colaborar en los aspectos entomológicos, parasitológicos y de educación sanitaria del programa. El acuerdo persigue los fines siguientes: 1) iniciación de un programa de investigación para determinar si el *Wuchereria bancrofti* es el único parásito patógeno filariásico y el *Culex pipiens quinquefasciatus* el único vector; 2) realización de investigaciones epidemiológicas sobre la filariasis en la Guayana Británica y organización de un programa destinado a controlar y, con el tiempo, eliminar la enfermedad, y 3) ampliación del programa de educación sanitaria, a fin de fomentar un mayor conocimiento, por parte de la población, de lo que se necesita para controlar la filariasis.

De conformidad con estos fines, ya se ha iniciado una intensa labor entomológica y parasitológica en diversas zonas del país, con el objeto de determinar la infección existente y los índices de infectividad del vector conocido, el *Wuchereria bancrofti*. Además, se han emprendido estudios biológicos, incluso sobre el alcance de vuelo y la longevidad, con vistas a definir las condiciones de vida del vector y cómo transmite la enfermedad. Se han hecho pruebas de resistencia a los insecticidas con los estuches de prueba de la OMS para larvas y mosquitos adultos, al objeto de determinar la viabilidad de medidas contra ellos. Esos estudios ya han proporcionado valiosa información que hasta entonces no existía, puesto que los trabajos anteriores habían consistido principalmente en encuestas sobre la sangre absorbida por los mosquitos durante la noche y en el tratamiento de casos con dietilcarbamacina. Últimamente se ha descubierto que el *Culex quinquefasciatus* no es el único vector de la filariasis en la Guayana Británica, por cuanto también lo es el *Mansonia titillans*. Se ha decidido efectuar pruebas sobre la resistencia de este último al DDT y a otros insecticidas, en previsión de que resulte necesario el rociamiento contra ambas especies. Debido a la posibilidad reconocida de que la población animal sirva de reservorio de infecciones filariásicas en el hombre y al hecho de que algunas de estas infecciones pueden, en ocasiones, ser causa de síndromes patológicos en seres humanos, como, por ejemplo, la eosinofilia tropical, se ha iniciado un estudio extenso de las filariasis de carácter zoonótico. Para los trabajos iniciales se han elegido perros, tanto domésticos como vagabundos, por tratarse de animales fáciles de obtener y por su asociación relativamente estrecha con el hombre. Hasta la fecha, se han identificado sólo dos especies de gusanos filariásicos en los perros: la *Dirofilaria immitis* y la *Dipetalonema reconditum*, que se encuentran en los tejidos cardíacos y subcutáneos respectivamente. El *Wuchereria bancrofti* no ha sido aislado hasta ahora en ninguna de las muestras de sangre. Es evidente que la filariasis canina es muy prevalente—al menos en las zonas estudiadas—y constituye una posible fuente de infecciones filariásicas no observables, similares a las infecciones conjuntivales debidas a la *Dirofilaria*, notificadas en muchas partes del mundo.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Nilholson. Tiene la palabra el Delegado de la Argentina.

El Dr. PADILLA (Argentina): Cuando se ejerce una representación no se tiene derecho a improvisar. Por otra parte, traer la declaración escrita, obliga y facilita ser más breve. Donde somos tantos, la brevedad es la mejor muestra de respeto a los colegas. El Informe Cuadrienal de la Oficina debe ser considerado en su forma y en su fondo. Respecto a la forma, puede decirse que es una obra maestra en el campo de la síntesis. Expresar tan claramente una labor tan grande, de cuatro años de trabajo, en menos de una hora bien merece ese calificativo. En cuanto al fondo, es decir, valorar esa tarea, me parece estricta justicia considerarla como óptima. Ha promovido la planificación de las campañas sanitarias, creando asesores, oficinas, cursos y becas. Sin una planificación adecuada no se pueden lograr éxitos duraderos y ocurren pérdidas lastimosas de tiempo y dinero. Ha colaborado con eficacia con los Gobiernos de la Organización en mejorar los servicios de administración de salud pública, prestando la importancia debida a la higiene maternoinfantil y a la nutrición y al adiestramiento de los funcionarios de salud pública en todos los niveles. Estos aspectos, a mi juicio, tienen una jerarquía capital, como también la tiene el saneamiento del medio, algo que no ha sido descuidado por la Oficina. En las luchas contra los grandes males, juzgaré el éxito alcanzado a través de lo ocurrido en nuestro país. No hemos tenido viruela autóctona, se ha terminado de erradicar el *Aedes aegypti*; de paludismo sólo nos quedan dos brotes, uno en el Chaco y otro muy pequeño en Salta; continúan las campañas contra la tuberculosis, la enfermedad de Chagas, la lepra, etc. Abrevio en atención al tiempo. Considero un deber destacar, como algo de importancia fundamental en la labor realizada por la Oficina, su insistencia en mostrar la estrecha relación entre la salud, el bienestar y el desarrollo económico-social. Este concepto debe ser difundido y cada uno de nosotros debe convencer a los economistas de su país cuán brillante negocio, y a plazo más o menos breve, es el fomento de la salud del pueblo.

Desde luego, en un panorama tan inconmensurable como es el de nuestro Continente, se podrán argumentar y señalar muchas cosas que se deben hacer, pero, ¿conviene abarcar tanto? Categórica-

mente creo que no. Es mil veces preferible hacer poco y bien que mucho y mal. Esto da lugar a la crítica, al desprestigio y al fracaso.

Por estas razones, me permito felicitar con toda sinceridad a la Oficina por la política sanitaria seguida y por la eficacia con que la ha llevado a cabo. Creo sería un grave error cambiar la orientación. Si para algo debe existir el régimen de prioridades es en la sanidad. Naturalmente, a cada momento se presentan nuevos problemas y será necesario afrontarlos. Como ejemplo, puedo mencionar el que se está creando en la Argentina, con la cada vez más numerosa inmigración asiática. Muchos de estos individuos son reservorios de filarias (*Wuchereria bancrofti* y *malayi*) y como existen en el país agentes transmisores, como algunos *Culex* y *Anopheles* surge el grave peligro de que nos introduzcan esta parasitosis tan seria. Ya se han comprobado algunos casos. Otro peligro es el de la esquitomiasis (bilharziasis), de la que todavía no se han notificado casos autóctonos, pero no me atrevo a afirmar que no hayan ocurrido. Solicito a los expertos en esta materia que nos ayuden a encontrar una solución para este serio problema antes de que se hayan establecido estas terribles endemias parasitarias.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Padilla. Ruego a la Secretaría que se tome en consideración la solicitud de expertos para atender los problemas de las enfermedades parasitarias en la Argentina. Tiene la palabra el Delegado de Cuba.

El Dr. MACHADO VENTURA (Cuba): La Delegación del Gobierno Revolucionario Cubano desea dejar constancia de su felicitación al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por el magnífico informe rendido en la tarde de ayer y que comprende la labor realizada por la Oficina en el cuatrienio de 1958-1961. Es de señalar la importancia que tiene para todos el dar la debida prioridad a los puntos mencionados por el Director en su informe.

Señaló también el Delegado de Chile, Dr. Bravo, la relación directa que existe entre el desarrollo económico y la salud, al captar o, mejor dicho, recoger principios esbozados en el informe del Dr. Horwitz, que tan atinadamente nos ha alertado en este sentido. Tenemos la esperanza, nosotros los responsables de la salud pública, de sacar adelante y llevar a un plano óptimo la salud de nues-

tra América, el concepto preciso que ya salta a la vista que es el punto donde hemos visto que van a parar todos los caminos, consistente en que cuanto mayor sea el desarrollo económico, más elevado es el nivel sanitario.

Por lo tanto, si responsables somos de ejecutar y llevar adelante las tareas sanitarias, responsables también somos—ya que lo comprendemos y estamos de acuerdo—en señalar, recomendar, declarar o acometer aquellos aspectos que puedan contribuir al desarrollo económico de los pueblos. No podemos esperar a tener pueblos sanos, alimentados, libres de parásitos, y cultos, para desarrollar su economía. No, señores Delegados, desarrollemos esa economía al unísono con nuestros planes de salud y, como consecuencia lógica, vendrán la alimentación, la cultura y la salud.

Ha señalado el señor Director la dedicación y preocupación que debemos poner en la lucha contra la tuberculosis, la más social de todas las enfermedades, a tal punto, que se llega a decir que “la tuberculosis es un problema social con un componente médico”. ¿Qué podemos hacer nosotros en este aspecto? Podríamos, mediante la adecuada búsqueda, localizar el tuberculoso; podríamos, mediante la elevación de los servicios asistenciales, ofrecerle o brindarle una cama, o un dispensario donde reciba tratamiento ambulatorio; más aún, se le puede proveer de todos los medicamentos necesarios. Pero, ¿por qué no volver atrás y analizar las causas de su tuberculización, como son su alimentación pobre y deficiente, su vivienda insalubre, su bajo nivel de salarios o su desempleo, y su analfabetismo? Ahora bien, mientras está sometido a tratamiento, encamado en un centro asistencial o reposando en su casa ¿de qué vive su familia? Y esto que decimos ¿podemos nosotros, responsables de la salud de todo un continente, pasarlo por alto? La respuesta no puede ser un “¿y qué vamos a hacer?”, porque eso sería desconocer la realidad tan cruda como la ha expresado el señor Director: “Las investigaciones han demostrado la importancia de las privaciones nutricionales como causa inmediata (aunque oficialmente no se notifique) de una de cada cuatro defunciones en la primera infancia o como factor que contribuye a muchas de las restantes”. No, señores Delegados, es nuestro deber señalar aquí, en este organismo superior, que somos nosotros los que debemos llevar la voz cantante en este sentido para no andar

por las ramas e ir directamente al tronco. ¿Qué hemos de decir de los millones de hombres, mujeres y niños parasitados de nuestra América? Saben los respetables sanitaristas aquí presentes que la solución requiere algo más que medicamentos antihelmínticos; para mencionar más, señores Delegados, se precisan viviendas con un mínimo de requisitos higiénicos, letrinas, modificación de malos hábitos, acueductos y alcantarillados, cultura, zapatos, educación sanitaria. Y todo esto ¿lo puede hacer un crédito especial o un plan determinado por amplio que éste sea? No, cambios tan profundos y múltiples sólo se pueden lograr a través de un amplio y transformador desarrollo que toque todos los círculos de la nación y muy especialmente el potencial económico del propio país para que todos sus recursos sean devueltos a los que cultivan la tierra, a los que extraen el petróleo, a los trabajadores de las minas, a los que mueven las máquinas, en fin a los que mueven la historia, las grandes masas de obreros y campesinos. Difícil es por tanto, señores Delegados, llegar a los objetivos planeados, pero no es imposible tener fe en los pueblos; ellos saben encontrar la solución a sus problemas. Hagamos mientras tanto nosotros la parte que nos corresponde, estemos seguros que cada pueblo de nuestra América, que es rica y pródiga en recursos naturales, encontrará soluciones satisfactorias con el aprovechamiento en propio beneficio de esos recursos.

Sentemos el principio siguiente: condiciones objetivas y posibilidades de desarrollo económico para los pueblos y seguidamente, como corolario obligado y nato, salud. La Delegación del Gobierno Revolucionario Cubano felicita una vez más al Director por el magnífico informe que ha presentado.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Machado Ventura. Tiene la palabra el Delegado de los Estados Unidos de América.

El Dr. TERRY (Estados Unidos de América) (*traducción del inglés*): La Delegación de mi país se une a las felicitaciones expresadas al Director y al personal de la Oficina por la excelente presentación del Informe Cuadrial.

El resumen de los progresos alcanzados en materia de salud, desde la XV Conferencia Sanitaria Panamericana de 1958, es muy impresionante. Este documento, tan útil, constituye una prueba concreta de lo que los países de nuestro Hemisferio han con-

seguido, con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud.

Al leer el informe, se me ocurrió que tal vez debiéramos concentrar nuestros esfuerzos en procurar interpretarlo mejor. A este respecto, recuerdo una declaración que apareció durante muchos años con regularidad en *Public Health Reports*, publicación oficial del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, en el sentido de que ningún departamento estatal o local de salud puede prevenir o controlar las enfermedades eficazmente sin saber cuándo, dónde y en qué circunstancias ocurren los casos. Yo creo que si esta declaración se extendiera a fin de subrayar la importancia de saber por qué no ocurren enfermedades en ciertos momentos y en determinados lugares, podría servir de orientación eficaz para muchos de nuestros programas de salud, no menos útil que la noción de cuándo, dónde y por qué ocurren las enfermedades.

Así, pues, yo espero que podamos realizar progresos hacia una mejor interpretación de los datos y cifras que reunimos respecto de las condiciones de salud en nuestros respectivos países. Esto permitiría utilizar la información como medio de reducir más la incidencia de las enfermedades en todo el Hemisferio.

El Gobierno de mi país ha presentado un informe completo, con las correspondientes estadísticas, sobre las condiciones de salud en los Estados Unidos de América y sus territorios desde 1958. En esta ocasión, quisiera mencionar varias características sobresalientes de nuestros programas de salud, tanto nuevos como en proceso de ampliación.

En los Estados Unidos de América, los problemas de salud más importantes se relacionan con los factores ambientales: la contaminación del aire y del agua y los riesgos que las radiaciones ionizantes pueden suponer para la salud. A fin de tratar estos problemas con mayor eficacia, el Servicio de Salud Pública se reorganizó recientemente con el propósito de dedicar mayor atención a los programas encaminados a reducir los riesgos que se derivan de esos factores ambientales.

Nuestra labor en lo relativo a la contaminación del aire, iniciada en 1955, se ha concentrado principalmente en la investigación. Ultimamente hemos presentado al Congreso un informe acerca de un minucioso estudio de los efectos, sobre la salud, de los gases expelidos por los vehículos de motor.

El control de la contaminación del agua constituye otro aspecto importante de nuestro programa de saneamiento del medio. El crecimiento de la industria y los cambios que ésta ha experimentado, particularmente el desarrollo de muchos productos químicos nuevos, originan problemas de contaminación del agua, problemas que también plantea el crecimiento de la población. En 1961, el Congreso de los Estados Unidos de América, reconociendo la magnitud de nuestros problemas en ese aspecto, aprobó leyes que nos permitirán duplicar nuestros esfuerzos en materia de control de la contaminación del agua, sobre todo en la construcción y mantenimiento de instalaciones depuradoras. Nuestras investigaciones en este campo tienen por objeto dar una solución a largo plazo a esos problemas.

Nuestras actividades sobre la protección contra las radiaciones ionizantes han aumentado notablemente en los últimos años. El *Federal Radiation Council* asesora al Presidente acerca de la política gubernamental relacionada con la exposición a las radiaciones ionizantes; presta asistencia a los organismos federales en el establecimiento de normas en materia de radiaciones y coopera en el desarrollo de programas cooperativos entre organismos federales y estatales para la protección contra las radiaciones ionizantes.

El Servicio de Salud Pública está dispuesto a establecer un programa de análisis de leche y otras muestras ambientales recogidas por los ministerios de salud de América Latina, hasta que éstos sean capaces, por sí mismos, de realizar dicha función. Además, facilitaremos servicios de asesoramiento en otras esferas, por medio de la OPS. Para los organismos nacionales de salud es esencial adquirir competencia en este aspecto fundamental, a fin de apreciar y evaluar las tendencias nacionales y los problemas locales relativos a la protección contra las radiaciones ionizantes.

La salud de la colectividad, otro aspecto al que se dedica cada vez mayor interés y atención en los Estados Unidos de América, ha pasado a ocupar un lugar importante en nuestra reorganización del Servicio de Salud Pública. En octubre pasado, el Congreso aprobó y el Presidente promulgó y puso en vigor una ley, la *Community Health Services and Facilities Act of 1961*, en virtud de la cual se otorgan a los Estados subvenciones que sirvan de estímulo y contribuyan al establecimiento de servicios e instalaciones a nivel local, destinados a per-

sonas que, hallándose enfermas, no requieren los servicios costosos de un hospital. Al firmar esa ley, el Presidente Kennedy manifestó lo siguiente: "...La atención médica y las medidas de salud pública eficaces dependen, en última instancia, de las actividades a nivel de la colectividad. Esta legislación servirá de estímulo para el mejoramiento de los servicios locales de salud destinados a la atención médica en los hogares, casas de convalecencia y hospitales y, en particular, la atención a los ancianos. Espero que las autoridades estatales y locales y los miembros de las profesiones vinculadas a la salud aprovecharán sin demora las nuevas oportunidades que ofrece esta legislación".

Continuamos ampliando nuestro programa de investigaciones médicas. La *International Health Research Act* de 1960, ley que ha permitido dar considerable impulso a nuestras actividades internacionales de investigación, prevé el establecimiento de centros de adiestramiento en investigación médica en el extranjero, mediante acuerdos cooperativos entre universidades estadounidenses e instituciones de investigación de otros países. Hasta la fecha se han establecido cinco centros de esa clase, dos de los cuales se encuentran en este Hemisferio: uno en San José, Costa Rica, mediante un acuerdo entre la Universidad del Estado de Luisiana y la Universidad de Costa Rica, y otro en Cali, Colombia, por acuerdo entre la Universidad de Tulane y la Universidad del Valle. Hace justamente un mes, el Servicio de Salud Pública estableció una Oficina Latinoamericana en Río de Janeiro, lo cual nos permitirá trabajar más estrechamente con los países de las Américas en materia de investigación médica.

Estas son algunas de las nuevas y crecientes actividades de salud en los Estados Unidos de América. Espero sinceramente que en los próximos cuatro años se logren progresos continuos en las condiciones de salud de todos los países de las Américas, y que algunos de los problemas que hoy afrontamos hayan sido resueltos cuando la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana se reúna en 1966.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Terry. Tiene la palabra el Delegado de Nicaragua.

El Dr. URUCYO (Nicaragua): El único comentario que desea hacer la Delegación de mi país ante el magnífico y documentado informe presentado por el Dr. Horwitz, es el de destacar la estimación que se merece por su brillante exposición,

su talento, su capacidad y su esfuerzo desarrollado en bien de la salud de los pueblos del Continente americano.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Urcuyo. Tiene la palabra el Delegado del Reino de los Países Bajos.

El Dr. VAN DER KUYP (Reino de los Países Bajos) (*traducción del inglés*): En los últimos años, el Ministerio de Sanidad de Surinam ha recibido asistencia de los organismos internacionales siguientes:

1) De la OSP/OMS, en la erradicación de la malaria y en la preparación de la campaña de erradicación del *Aedes aegypti*. Asimismo, facilitó servicios de asesoramiento en relación con programas de enfermería, nutrición y control de la esquistosomiasis y la frambesia;

2) Del UNICEF, en la erradicación de la malaria y en la distribución de los excedentes de leche descremada en polvo procedente de los Estados Unidos de América;

3) De la Agencia para el Desarrollo Internacional, en el establecimiento de programas de demostración de salud y en el adiestramiento de personal de salud en Surinam y en el extranjero;

4) De la Fundación Rockefeller, en la realización de un estudio de los virus transmitidos por artrópodos.

Por otra parte, varios extranjeros con becas de la OMS realizaron visitas de observación al Servicio de Erradicación de la Malaria y al Servicio Antileproso de Surinam, y el bioestadístico de este país asesoró a la OSP/OMS en la organización de un curso de estadística médica en la Universidad de São Paulo.

El Gobierno de Surinam está profundamente agradecido por esta cooperación y asistencia.

Por otra parte, el Ministro de Salud de las Antillas Neerlandesas ha solicitado que se haga constar en acta la siguiente información relativa a dicho país:

El *Aedes aegypti* ha sido erradicado en cuatro de las seis islas. A este respecto, la Oficina Sanitaria Panamericana colaboró en el adiestramiento de un sanitario y envió expertos que facilitaron servicios de asesoramiento.

No ha ocurrido epidemia alguna. La principal enfermedad infecciosa sigue siendo la shigelosis endémica.

En los últimos cuatro años, la tasa de mortalidad por 1.000 habitantes ha sido del 4,9, 5,1, 5,3 y 5,0, respectivamente.

Un consultor de la OSP/OMS contribuyó a mejorar la eficacia del servicio contra las enfermedades venéreas, en particular el sistema de notificación. Se han reducido actualmente las tasas anteriores excesivamente elevadas.

Una encuesta sobre saneamiento, realizada por un ingeniero consultor de la OSP/OMS, se traducirá, sin duda, en mejoras, una vez que las recomendaciones correspondientes queden incorporadas al plan general de bienestar que ha de llevarse a efecto durante el primer quinquenio de la presente década.

El Ministro de Salud de las Antillas Neerlandesas agradece profundamente la asistencia prestada por la OSP/OMS y espera que continúen estos vínculos profesionales.

Por último, la Delegación del Reino de los Países Bajos felicita al Director por su excelente Informe Cuadrienal.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. van der Kuyp. Tiene la palabra el Delegado del Uruguay.

El Dr. VIDOVICH (Uruguay): La Delegación de mi país se adhiere a lo manifestado por los demás señores Delegados, respecto a la excelente labor que refleja el informe.

Creo interesante informar que en el Uruguay se está desarrollando en estos momentos una campaña de inmunización en masa contra la poliomielitis por vía oral. Están recibiendo la vacuna Sabin 950.000 personas comprendidas entre los tres meses y los 20 años de edad. Oportunamente se dará cuenta de los resultados de esta inmunización.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): Solamente para expresar la felicitación de la Delegación del Ecuador por el brillante informe del señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

La sorpresa más agradable para los Gobiernos de la Organización es comprobar con toda seguridad que este informe, tan magníficamente elaborado, constituye una etapa nueva en el tratamiento de los problemas de salud del Continente. Vemos incorporado en él este concepto, actualmente uni-

versal, de la vinculación íntima entre las condiciones socioeconómicas del pueblo y sus condiciones intrínsecas de salud.

En mi país existen ciertas condiciones locales debidas a núcleos de población de un desarrollo todavía incompleto, que originan ciertas condiciones desfavorables para la aplicación de normas universales de administración de salud pública. En este sentido, el Gobierno del Ecuador está haciendo esfuerzos por llegar a esas comunidades indígenas e introducir en ellas los programas que están desarrollados y dirigidos hábilmente por la Organización Panamericana de la Salud.

Expreso mi esperanza de que la Oficina Sanitaria Panamericana siga dirigida por esa mano firme, por ese corazón decidido y por ese cerebro claro que ha orientado en forma tan brillante el destino de la salud en las Américas.

El PRESIDENTE: Antes de conceder la palabra al Dr. Horwitz, que va a contestar a los comentarios formulados, quiero, en síntesis, expresar que las relaciones entre la salud pública y el desarrollo económico son fundamentales, que ahora se está formando conciencia de esta importancia y que las inversiones en salud, aparte de los fines humanitarios que persiguen, representan desarrollo económico y felicidad para los pueblos. Uno de los problemas más importantes, no solamente de los niños que mueren sino de algunos que viven, es la falta de proteínas en los primeros cinco años de vida, y la organización de todos los programas para prevenir y curar, para adiestrar técnicos de la medicina en todos los niveles, los que tienden a la investigación científica y la rehabilitación, han sido desarrollados con fe y con entusiasmo, dentro de la medida de las posibilidades de cada uno de los países, con la coordinación técnica de la Organización Panamericana de la Salud.

Quiero unir mis felicitaciones por el informe claramente presentado por el Dr. Horwitz. Y ahora le concedo la palabra para contestar a los comentarios formulados.

El Dr. HORWITZ (Director OSP): Muchas gracias, señor Presidente, señores Delegados. Naturalmente, no puedo ocultar mi emoción que, en realidad, es expresión de la que estoy seguro embargará a todos los miembros de nuestra Oficina en el momento en que conozcan las expresiones bondadosas de ustedes.

No es tarea fácil la de dirigir un organismo de bien público en el cual participan expertos provenientes de 42 países del mundo. Si bien el 90 % de ellos viene de la Región de las Américas, hay, como es natural, diferencias en cultura, en experiencia, en modo de pensar y de actuar, que influyen en el trabajo que desarrollan. Sin embargo, mi gratitud va a todos ellos igual que hacia ustedes, señores Delegados, por lo que se ha podido realizar en estos cuatro años, por encima de estas ligeras diferencias de modos de actuar.

Sí me atrevería a destacar de los comentarios un aspecto común para decir que han tenido ustedes a bien señalar el principio fundamental que ha guiado a la Oficina Sanitaria Panamericana en estos últimos cuatro años, reflejando la política fundamental de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, principio que consiste en haber acentuado estas relaciones entre el desarrollo y el bienestar, entre la salud y la economía y, en el orden práctico, entre las necesidades y los recursos. Y me atrevo a subrayar este hecho, señores Delegados, porque, como señalaba muy bien el señor Ministro de Salud Pública de la Argentina, tal vez en nuestra función, como en ninguna otra, es esencial establecer prioridades. No nos olvidemos que en nuestro trabajo tenemos que ver con la vida y la muerte, y que por reacción y acción espontánea de cualquier ser humano, todos quisiéramos resolverlo todo al mismo tiempo. ¿Quién quiere en conciencia dejar enfermar a la gente y verla morir? Sin embargo, como somos parte de una función de bien público, influida por otras de igual importancia, nos ha parecido que es indispensable determinar prioridades e invertir los recursos en aquello que es más importante y, al mismo tiempo, estar muy atentos a la evolución económica de cada país.

Nos parece que esta pugna sobre si primero viene el crecimiento de la economía, o si primero debe ocurrir el mejoramiento de los recursos humanos, tiene actualmente en la América Latina cada día, por fortuna, menos importancia. Y ha sido gracias a ustedes, señores Delegados, que esta pugna está saliendo de los límites del absurdo en que, a mi juicio, se planteó hasta hace poco.

Nosotros pensamos que lo que procede es planificar armónicamente: ni sobreestimar los recursos materiales, ni subestimarlos; ni esperar tam-

poco, pacientemente a que el crecimiento general de la economía de un país produzca de modo automático el mejoramiento del ingreso real por persona. Programarlo simultáneamente, facilitarlo y, por lo tanto, crear, como ya se ha dicho, desarrollo y bienestar.

Las expresiones del señor Delegado de los Estados Unidos de América constituyen, a mi juicio, el más admirable testimonio de las diferencias que existen entre una sociedad tecnológicamente avanzada y una que está en vías de desarrollo.

Nosotros no desconocemos los problemas de saneamiento en la mayor parte de los países de la América Latina, pero naturalmente nos parece que no sería adecuado dar excesiva importancia a la protección contra las radiaciones y al uso de isótopos, cuando todavía cien millones de habitantes no tienen agua; creemos que tal vez no sería lógico en los países de la América Latina dar prioridad a las contaminaciones del agua por radiaciones de otros productos de una sociedad industrializada, cuando una enorme proporción de familias carece de un servicio mínimo de eliminación de excretas.

Por eso estimo que los problemas que preocupan al Gobierno de los Estados Unidos de América son el reflejo de los que preocuparán a la América Latina en los años próximos, cuando el desarrollo haya adquirido automatismo, y cuando la salud pública lo haya facilitado y se beneficie de él.

Es evidente, como dije, que todos los problemas son fundamentales. Nosotros estamos convencidos de que las funciones de la salud están contribuyendo al crecimiento de las poblaciones, pero rechazamos con cierta energía que se culpe a los técnicos en salud, como se hace en algunos círculos, particularmente de economistas, de ser los causantes de ese crecimiento violento de las poblaciones, ya que, como es natural, el argumento tiene consecuencias que pueden ser trágicas. Si se evidenciara que las funciones de la salud son las responsables exclusivas del crecimiento explosivo de las poblaciones, la consecuencia lógica sería que los Gobiernos no deberían invertir más en las funciones de la salud, ni actuar en la redistribución de los nuevos ingresos que trajera el crecimiento de la economía. Los ministerios de salud deberían quedarse con sus primitivas partidas hasta que llegara un momento en que se hubiera producido el equilibrio entre crecimiento de la población y cre-

cimiento de la economía, para que los Gobiernos pudieran entonces destinar más fondos a salud.

Yo estimo peligrosa esta posición, precisamente para los ministerios de salud, porque, me atrevo a afirmarlo, no hay evidencia científica, no hay a mi entender ningún estudio profundo que revele que la acción exclusiva de la salud pública determinó el crecimiento de las poblaciones, porque incluso en nuestros países están ocurriendo simultáneamente otros fenómenos de mejoramiento social que, evidentemente, han contribuido al aumento de las tasas de natalidad.

Por eso me parece lógico, y la Organización ha estado atenta al problema, no dejar de preocuparse por la salud de los adultos, y si se miran los problemas generales que constituyen las prioridades hoy en día en nuestra Oficina, evidentemente están relacionados con la medicina de los adultos. Sin ir más lejos, la inversión más importante que la Oficina hace hoy, la del programa antimalárico, está consumiendo alrededor del 16 % de su presupuesto total, pero la erradicación de la malaria, a mi juicio, no está destinada fundamentalmente hoy día a disminuir la mortalidad infantil; está destinada esencialmente a mejorar la capacidad de producción de los adultos y a entregar a la economía abundantes tierras fértiles. Por eso reconozco que son importantes los accidentes, que son importantes las enfermedades parasitarias, que son importantes los homicidios y los suicidios—y hay un estudio sobre ello que aparece en el informe—que es importante la lucha contra el alcoholismo, y a ello los Gobiernos deben destinar algunos fondos, pero me parece que mientras se sigan muriendo en la América Latina más del 40 % de los menores de cinco años por causas que en un 70 % pueden prevenirse, como ha sido ampliamente comprobado, una buena organización de carácter internacional debe concentrar sus esfuerzos en estos campos.

Yo no estoy muy convencido de que las grandes estructuras centrales resuelven los problemas. Pienso que tanto en un organismo internacional como en el seno de nuestros Gobiernos y de nuestros países, hay que concentrar la labor donde viven las personas, donde aparecen los problemas y donde hay que resolverlos. Las estructuras centrales deben ser las mínimas eficientes para coordinar las acciones. Por eso me parece que lo que ha ocurrido en materia de saneamiento y de abastecimiento de

agua en los últimos tres años, refleja que, evidentemente, con una estructura central mínima se puede lograr una acción importante.

Dicho sea de paso, yo encontré en la Oficina Sanitaria Panamericana, en la Sede, un ingeniero en 1959; en este momento hay cuatro, y se han nombrado docenas de consultores a corto plazo, experimentados, porque las estructuras centrales—vuelvo a decir—son para establecer la política, redactar las normas y coordinar los esfuerzos de los organismos locales.

Me interesó extraordinariamente oír del señor Delegado del Reino Unido el importante trabajo en filiarisis que se está programando y realizando entre el Gobierno de la Guayana Británica y la Agencia para el Desarrollo Internacional, del Gobierno de los Estados Unidos de América. Como señaló muy bien el Dr. Nicholson, la Oficina tuvo oportunidad de colaborar con un consultor, y seguiremos con mucha atención los esfuerzos que en este orden se realicen, para poderlos aplicar en otros lugares en que puedan aparecer estas enfermedades, bien porque existan condiciones para ello o porque sean provocadas por las inmigraciones.

Para terminar, yo tengo la sensación de que los comentarios de los señores Delegados han girado alrededor de la labor desarrollada. Los interpreto como una reafirmación de los esfuerzos que se vienen realizando, y representan para todo nuestro personal una nota de aliento para continuar cumpliendo con la alta responsabilidad que se les ha asignado.

El PRESIDENTE: Me permito proponer que la Comisión General prepare un proyecto de resolución sobre el informe que ha rendido el Director de la Oficina, de forma que podamos someterlo a la aprobación de la Conferencia a la mayor brevedad.

*Así se acuerda.*

#### **Tema 1.10.1: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1961**

El PRESIDENTE: Tiene la palabra de nuevo el Dr. Horwitz, para presentar el Informe Anual correspondiente a 1961.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP): Ayer, al iniciar mi exposición, me permití señalar que iba a



tratar de sintetizar tres documentos en sus aspectos fundamentales: el Informe Cuadrienal, este Informe Anual que está en sus manos, señores Delegados, y el *Resumen de los informes cuadrienales sobre las condiciones de salud en las Américas*. Sin embargo, señor Presidente, y gracias a su bondad, yo quisiera destacar de este informe lo que, a nuestro juicio, es el hecho de mayor significado y proyección en las Américas en el año pasado. Me refiero al acuerdo adoptado por los Gobiernos en la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial, que tuvo lugar en agosto de 1961 en Punta del Este, Uruguay, reunión en la que aquéllos suscribieron la Carta de Punta del Este, que contiene, entre otros elementos valiosos, los objetivos de la Alianza para el Progreso y la forma de realizarlos.

Yo estoy seguro, señores Delegados, de que conocen dicho documento en detalle. Es más, algunos de ustedes fueron miembros de las delegaciones de sus países y participaron activa e intensamente en la redacción de todos los puntos relativos a la salud que contiene la mencionada Carta. Figuran en ella objetivos específicos en ese campo y entre ellos, fundamentalmente, el que figura en el párrafo 8 del Título Primero de la misma, que me he permitido incluir en la introducción del Informe Anual y me voy a tomar la libertad de leer. Dice así:

Aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer, y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva. Para lograr esta meta se requiere, entre otras medidas, suministrar agua potable y desagüe a no menos del 70 por ciento de la población urbana y del 50 por ciento de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud al nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades.

Aprobaron los Gobiernos la Resolución A.2 (Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso) y encomendaron a la Oficina Sanitaria Panamericana que se encargara de organizar los grupos de estudio para los objetivos en materia

de salud, que se señalan en la Carta. Así lo ha cumplido la Oficina, y de ello daré oportuna cuenta en la próxima reunión del Consejo Interamericano Económico y Social, que tendrá lugar en México a partir del primero de octubre próximo, y en la XIV Reunión del Consejo Directivo, en 1963.

El método esencial establecido en la Carta de Punta del Este es la planificación. La planificación, entendida simplemente como una ordenación de los problemas, de sus prioridades, de los recursos existentes, del costo de la empresa por métodos conocidos y de su financiamiento.

Recomienda la Carta que los Gobiernos formulen sus planes nacionales de salud como parte de los programas generales de desarrollo. Recomendamos, al mismo tiempo, que se creen unidades de planificación de los distintos ministerios de salud y que éstas guarden estrecha relación con las juntas o los consejos nacionales de planificación del desarrollo que existen ya o que se están creando en los diversos países.

Vamos a dar cuenta, señor Presidente, en esta Conferencia, de las medidas que se han tomado en este sentido. Quisiera adelantarme diciendo que, desgraciadamente, no existe en la América Latina un número adecuado de expertos en la formulación de planes de salud, y que, por eso, nuestra Organización, gracias a un convenio establecido con la Comisión Económica para América Latina, de las Naciones Unidas (CEPAL), en el nuevo Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (Chile) se está organizando el primer curso de planificadores, que se iniciará en octubre próximo. Los Gobiernos han recibido una invitación suscrita por el Director de la CEPAL. Por otra parte con la colaboración de la Oficina, en el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela se va a celebrar el primer curso para planificadores de la salud de Venezuela, y se va a proceder a la preparación de una guía.

Es de señalar que estamos en conversaciones avanzadas con la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins para organizar un curso similar para colegas de habla inglesa, tanto de la Región como de otras partes del mundo; al mismo tiempo, ya algunos Gobiernos, como el de la República Dominicana, han tenido oportunidad de colaborar con expertos para la formulación de su primer plan nacional de sa-

lud; el Ministerio verá la forma de coordinarlo con el plan general de desarrollo económico de dicho país. Diremos, en suma, que nos ha parecido que la mejor manera de llevar a cabo los propósitos que los Gobiernos señalaron, era estimular las funciones de planificación y dar las facilidades necesarias a este fin.

Pensamos que esta es una labor que debe extenderse fundamentalmente en los próximos cuatro años y tenemos fe en que la planificación bien entendida, sin ninguna connotación política, va a crear un modo de pensar en el Continente respecto a nuestras funciones, un modo de pensar que es muy grato observar en las expresiones de ustedes, señores Delegados, en esta Conferencia. Sin embargo, la Carta sostiene que como la planificación no es un fin, sino un simple mecanismo, sólo un medio de trabajo, mientras se formulen los planes y se planifique, no hay que interrumpir las acciones relacionadas con problemas que tienen, por encima de todo, profunda importancia en la salud colectiva e influencia en el crecimiento de la economía, y este informe que tengo el honor de someter a la consideración de la Conferencia muestra cómo, en el año 1961, si bien la Oficina colaboró en la citada Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social en la que se suscribió la Carta, al mismo tiempo no descuidó, sino que intensificó, su labor de asesoramiento a los Gobiernos en sus problemas.

Yo creo que la lectura de este informe revela cómo se han ampliado las actividades de salud en el Continente durante el año en curso, por obra de los ministerios y por la colaboración internacional, y cómo se ha seguido prestando especial atención a aquellos problemas respecto de los cuales la Oficina Sanitaria Panamericana ha recibido mandatos específicos.

Las enfermedades transmisibles de mayor prevalencia, el saneamiento contra la mortalidad infantil, la formación de técnicos, la investigación científica, la planificación del desarrollo en algunas actividades, son aspectos a los que se ha concedido mayor atención que a otros. Algunas acciones se han iniciado en este período, y quiero destacar las dedicadas a investigaciones científicas, gracias al convenio suscrito con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América.

No quisiera cansar una vez más a los señores Delegados llegando al detalle de los distintos aspectos. Me parece que la lectura del informe revela lo realizado. Nos hemos permitido, al final, hacer una síntesis de los 294 proyectos, si mal no recuerdo, en los cuales la Organización colabora con los distintos Gobiernos y con grupos de países.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Horwitz. ¿Algún Delegado desea hacer uso de la palabra para comentar el Informe Anual del Director? Este se halla estrechamente relacionado con el Informe Cuadrienal al presentar la labor realizada durante el último año, y como los señores Delegados expresaron ya sus puntos de vista en relación con aquél, quiero repetir las felicitaciones expresadas entonces al Director de la Oficina, ya que el Informe correspondiente a 1961 constituye el pináculo de la labor desarrollada en el cuatrienio.

### **Tema 1.13: Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas**

El PRESIDENTE: Me permito anunciar a los señores Delegados que en la sesión plenaria de esta tarde comenzará la presentación de los informes de los países sobre las actividades que han desarrollado en el último cuatrienio. Después, el Director de la Oficina hará un resumen de las observaciones formuladas.

Vamos a rogar a la Secretaría que dé lectura a la lista de países cuyos Delegados han solicitado hacer uso de la palabra.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): Hasta ahora están inscritas las siguientes Delegaciones: Nicaragua, Chile, Argentina, Panamá, Venezuela, Francia, Costa Rica, El Salvador, Reino de los Países Bajos, Guatemala, México, Cuba, Jamaica, Paraguay, Colombia, Brasil, Ecuador, Uruguay y República Dominicana.

El PRESIDENTE: Con esto damos por terminada la sesión.

*Se levanta la sesión a las 11 h. 42 m.*

## CUARTA SESION PLENARIA

*Jueves, 23 de agosto de 1962, a las 14 h. 30 m.*

*Presidente: Dr. JOSÉ ALVAREZ AMÉZQUITA (México)*

**Tema 1.13: Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y la XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas (continuación)**

El PRESIDENTE: Queda abierta la cuarta sesión plenaria. Según anunciamos esta mañana, va a comenzar ahora la presentación de los informes de los países sobre la labor realizada durante el último cuatrienio. Tiene la palabra el Delegado de Nicaragua.

*Informe de la Delegación de Nicaragua*

El Dr. URUCYO (Nicaragua): Antes de que el Director General de Salubridad Pública de Nicaragua, Dr. Sánchez Vigil, dé lectura al informe correspondiente, permítanme manifestar que es para mí un honor representar a mi país en esta Conferencia Sanitaria Panamericana, que se realiza en este gran país que hoy alumbra a los pueblos de las Américas con el proyecto de la Alianza para el Progreso, la cual esperamos venga a mitigar tristezas, dolores y amarguras.

Traigo la expresión sincera de nuestra amistad y los mejores deseos de mi Gobierno, de que esta Conferencia sea una aurora de paz y esperanza.

Por los caminos que cruzan nuestras montañas, que bordean las llanuras tropicales, que se pierden en la grandeza de los bosques, selvas y costas, se escucha el despertar de los pueblos latinoamericanos ante las esperanzas que se desprenden de la doctrina Kennedy.

El señor Presidente de los Estados Unidos de América, con su formidable proyecto de Alianza para el Progreso, que surge en la conciencia de nuestros pueblos como un rayo de luz, que encierra ayuda y bienestar económico, irá regando en cada uno de ellos la fecunda semilla de la confraternidad americana.

Veremos florecer los principios democráticos en un ambiente de comprensión y armonía; estimare-

mos el avance potencial de nuestras provincias y observaremos el desarrollo económico y social de nuestros territorios, impulsados por el ritmo acelerado del trabajo. La tierra será seleccionada, transformada y distribuida para los diferentes cultivos. El indio, el campesino y el obrero, trilogía mártir de América Latina, verán transformarse sus viviendas, y en cada pueblo y ciudad surgirán salud y escuela, factores que constituyen la espina dorsal del porvenir americano, que van ligados desde los albores de la vida para formar los ciudadanos del mañana, hombres que sepan defender las doctrinas de nuestro suelo, la dignidad y soberanía de nuestra raza, nuestra sangre, nuestras instituciones y nuestro Hemisferio.

El panorama sanitario de nuestros países, a pesar de los grandes esfuerzos realizados por nuestros Gobiernos y de la ayuda que prestan los organismos internacionales de la salud, necesita atención y cuidado.

El coeficiente de mortalidad infantil, en muchos de nuestros países, es alto y digno de consideración. La causa principal es la gastroenteritis, terrible flagelo de nuestras comunidades. La desnutrición prepara el terreno para las enfermedades carenciales, donde encuentran amplio campo los gérmenes de la tuberculosis, de la poliomielitis, del paludismo y de las enfermedades venéreas, toda esa corona fúnebre de enfermedades contagiosas que abre sus fauces en los rústicos caseríos del Continente para destruir el pensamiento del indio sencillo de nuestros campos, para lesionar el alma del campesino criollo que espera ayuda efectiva bajo el radiante sol tropical y para disipar las esperanzas del obrero en sus valientes y justas campañas de reivindicación social.

Sólo con una ayuda básica y efectiva para nuestros problemas, nos enfrentaremos al hambre, a la enfermedad, a la miseria y al dolor.

Esperamos que el plan del Presidente Kennedy sea el timón del barco americano que navegue en aguas tranquilas hacia el puerto de nuestra esperanza; barco cargado de fe, de comprensión y de

humanidad, que estoy seguro no tendrá obstáculos en la ruta de su destino y llevará alivio y esperanza al cuerpo y al espíritu de los países latinoamericanos, en una conjunción de armonía, de paz y de confraternidad.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Urcuyo. Tiene la palabra el Dr. Sánchez Vigil, de Nicaragua.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua): Para conocer la situación general del país en relación con la salud pública, no solamente en lo que se refiere al Ministerio de Salubridad Pública sino también respecto a las otras instituciones que prestan atenciones de salud, Nicaragua solicitó de la Oficina Sanitaria Panamericana que facilitara los servicios de un asesor a fin de efectuar una evaluación que abarcara los distintos aspectos.

Para llevar a cabo este programa se nombró un Comité Nacional de Evaluación, el cual trabajó intensamente, visitando todos los rincones del país.

A fin de ahorrar tiempo, sólo enunciaré los principales problemas de salud pública de Nicaragua. Son los siguientes:

- 1) Mortalidad infantil elevada: de cada 1.000 niños que nacen, mueren 100 antes de cumplir un año de edad.
- 2) Alta mortalidad en niños menores de 5 años: de cada 100 defunciones, 50 corresponden a niños de ese grupo de edades.
- 3) Falta de asistencia médica: de cada 100 personas fallecidas, 50 no recibieron asistencia médica.
- 4) Alta mortalidad por enfermedades gastrointestinales: de cada 100 defunciones, 20 son debidas a gastroenteritis.
- 5) ¡Importantísimo! Alta mortalidad en la población urbana en relación a la rural: de cada 1.000 personas que viven en la ciudad, mueren 14 en un año. En cambio, de cada 1.000 personas que viven en el campo, solamente mueren cuatro.
- 6) Alta mortalidad por accidentes: todos los años mueren en Nicaragua unas 1.000 personas por accidentes y violencias.
- 7) Preponderancia de la mortalidad producida por enfermedades infecciosas: seis de ellas figuran entre las 10 causas principales de defunción.
- 8) Alta prevalencia de parasitismo intestinal: las encuestas realizadas señalan una infección del 90 % del total de la población del país.

9) Alta prevalencia de enfermedades venéreas: los informes de los centros de salud señalan un aumento de los casos, principalmente de sífilis y gonorrea.

10) Alta prevalencia de tuberculosis: la encuesta realizada por el Dr. Herbert Edwards revela un índice mayor del 2 % de tuberculosis activa en todo el país, y señala la posibilidad de que en algunos lugares esta cifra llegue al 6 por ciento.

11) Enfermedades nutricionales en los niños: se deben principalmente a falta de educación de la madre sobre la adquisición de alimentos de valor nutritivo social.

12) Los accidentes ocasionan grandísimo número de lisiados, muchos más que los que deja la poliomielitis o cualquier otra enfermedad infecciosa.

13) El paludismo aún no ha sido erradicado y, mientras exista, constituirá un problema de gran trascendencia para la salud pública de Nicaragua.

14) El crecimiento vegetativo de la población es tan acelerado que podríamos llamarlo explosivo. En 1950, Nicaragua tenía un millón de habitantes; en 1960, esta población había aumentado en un 50 %, estimándose en un millón y medio de personas. Estos nos hace suponer que en 1970 habrá en Nicaragua alrededor de dos millones y medio de habitantes.

15) El 50 % de la población total del país es de niños menores de 15 años. Esto ocasiona un gran problema de salud pública en relación con los programas de higiene maternoinfantil y escolar; también plantea problemas en materia de educación nutricional y de prevención de enfermedades.

16) La población económicamente activa asume la carga de este 50 % de población infantil, así como la de los incapacitados para el trabajo, produciendo problemas de orden económicosocial que tienen repercusión directa en los problemas de salud.

17) No existe un programa nacional de salud pública.

18) Los servicios de medicina preventiva y curativa funcionan separadamente.

19) Las recomendaciones internacionales señalan cinco camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes; Nicaragua tiene unas 3.000 camas, lo cual no cubre ni la mitad de las necesidades del país.

20) Se recomienda un médico por cada 1.000 habitantes; Nicaragua cuenta con 600 médicos, cuando en realidad necesita 1.500.

21) El número mínimo recomendable de enfermeras es de tres por cada 10.000 habitantes; Nica-

ragua tiene 250 enfermeras y necesita por lo menos 450.

22) El personal que trabaja en salud pública debe ser eminentemente especializado. Si examinamos los organismos que se ocupan de la salud pública del país, nos encontramos con que estamos en manos de personas muy honorables y de muy buena voluntad, pero que no aplican las técnicas modernas en administración de salud pública, lo que indica la necesidad de que sean asesoradas por un Comité Nacional de Planificación de la Salud Pública, o por técnicos postgraduados en estas disciplinas.

23) El personal que trabaja en salud pública no está regulado por un escalafón que señale las calificaciones necesarias para desempeñar los distintos cargos, ni goza de la estabilidad que, de tenerla, redundaría en la dedicación a tiempo completo a la carrera de salud pública.

24) Dada la importancia de la atención médica, faltan en Nicaragua centros para consultas externas, que podrían ser instalados en los centros de salud del país.

Aunque Nicaragua no tiene un plan nacional de salud, el Ministerio de Salubridad Pública está desarrollando algunos programas que han sido planificados, aplicando las técnicas modernas de administración. Son los de erradicación de la malaria, educación nutricional, saneamiento rural y enfermería.

El programa de erradicación de la malaria se encuentra en una situación especial, que se caracteriza porque gran parte del territorio nacional, en un área de 110.000 Km<sup>2</sup>, que representa el 80 % de la superficie total del país, ha entrado en la fase de consolidación. En esta área, que era donde los mosquitos no presentaban resistencia al insecticida, se ha intensificado la evaluación epidemiológica.

En el resto del país, donde existe resistencia al insecticida, hemos continuado los rociamientos con malatión y DDT. También estamos aplicando otras medidas coadyuvantes, tales como el uso de larvicidas en los charcos y la administración de drogas antipalúdicas a los habitantes.

El programa de educación nutricional es un plan coordinado con los Ministerios de Agricultura, Educación Pública y el Banco Nacional. Este programa se está ensayando en los Departamentos de Granada, Masaya, Carazo y Rivas. El UNICEF ha contribuido con la suma de \$ 68.000 en equipo, y la FAO, la OSP y el INCAP han facilitado servicios de aseso-

ramiento técnico. En este año se han instalado 47 huertos escolares y trabajan en su mantenimiento 5.000 niños escolares de áreas rurales. Se han dado cursos especiales de nutrición a 350 profesores, para que ayuden en la realización del programa.

El programa de saneamiento rural se desarrolla en dos zonas con una extensión de 7.854 Km<sup>2</sup> cada una, teniendo sus centros de operación en las ciudades de San Isidro y Nandaime. La ubicación de dichas áreas permite que parte de la población rural de cada departamento se beneficie de dicho programa. Actualmente estamos en la etapa de instalación de letrinas, trabajándose en las ciudades de San Isidro, Sébaco, Nandaime, La Concepción y San Juan de la Concepción, donde se ha logrado instalar letrinas en más del 80 % de las casas.

La labor educativa es intensa, siendo dignos de mención los cursillos sobre saneamiento rural que se facilitan en las escuelas públicas. Señalemos, por otra parte, que se construyen 250 letrinas mensualmente y se instalan cuatro al día.

*Proyectos futuros.* Desde que se hizo cargo del Ministerio de Salubridad Pública, el actual titular se ha interesado por hacer una reorganización completa de la estructura funcional de los servicios de salud pública en Nicaragua. Para ello ha contado con los resultados del programa de evaluación nacional de salud pública que se efectuó con personal nacional, asesorado por el Dr. Atilio Macchiavello, Jefe de Evaluación de Programas de la Organización Mundial de la Salud.

En términos generales, se proyecta lo siguiente:

- 1) Integrar los servicios de salud pública que actualmente están a cargo de varias instituciones.
- 2) Nombrar un Comité de Planificación Nacional de Salud Pública, integrado por especialistas de las distintas instituciones.
- 3) Formular un Plan Nacional de Salud Pública a largo plazo.
- 4) Formular programas específicos a corto plazo que resuelvan los problemas más urgentes.
- 5) Aprovechar todos los recursos de que dispone el Gobierno para la salud pública nacional.
- 6) Aprovechar la ayuda internacional facilitada en forma de recursos materiales y de asesoramiento técnico.
- 7) Pedir a la Oficina Sanitaria Panamericana los servicios de un asesor permanente para que ayude con su experiencia al Comité de Planifica-

ción, al personal técnico del Ministerio y al propio Ministro, en aquellos aspectos sobre los que sea consultado.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Sánchez Vigil. Tiene la palabra el Delegado de la Argentina.

#### *Informe de la Delegación de la Argentina*

El Dr. OLGUÍN (Argentina): La política sanitaria que desarrolla la Argentina se basa fundamentalmente en la consideración de la salud como factor de progreso social y de desarrollo económico; de la interdependencia y paralelismo de los términos de esa ecuación; de la importancia de la cultura, la salud y el bienestar para el logro de la felicidad de los pueblos.

Y teniendo en cuenta que la salud es, en definitiva, el producto de un proceso integral en el que tienen tanta importancia la educación, la vivienda, el saneamiento, la producción, el bienestar social, etc., se trata de considerar estos aspectos con la prioridad a que son acreedores, y con una orientación coincidente, en su enfoque conceptual, con los principios fijados en el Acta de Bogotá, la Carta de Punta del Este y la Alianza para el Progreso.

En este sentido, el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública imprime a la planificación y programación las características que permiten tener en cuenta las prioridades nacionales, así como la disponibilidad de recursos y de medios.

El Informe Cuadrienal, comentado ya por el Director de la Oficina, ofrece información general acerca de las condiciones actuales de salud en la Argentina. Como complemento, nuestra Delegación ha proporcionado a los señores Delegados información especial respecto a aspectos parciales del tema.

Por lo tanto, sólo voy a destacar algunos aspectos del problema. En su acción general, el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública ha prestado especial atención a las estadísticas vitales, la erradicación y control de enfermedades, la salud materno-infantil, el mejoramiento de los servicios de salud, la realización de planes integrados de salud, la atención médica y servicios hospitalarios, el saneamiento del medio, el abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas, la educación y adiestramiento en el nivel profesional y auxi-

liar, sobre todo en medicina y en enfermería, la acción social de la investigación y labor científica orientada con finalidad práctica, la alimentación y la nutrición, la educación sanitaria, la salud mental y la higiene dental.

En honor a la brevedad, y contando con la oportunidad de comentar, al examinarse otros temas del programa de la Conferencia, aspectos particulares que sea de interés destacar, sólo haré mención de algunos puntos que se cumplen:

1) Programas de control y erradicación de vectores (lucha antimalárica, anti-amariílica, contra la enfermedad de Chagas-Mazza) y organización de medios de profilaxis mediante el control permanente de casos nuevos, la educación sanitaria de la población expuesta, la distribución de drogas y la observación ulterior de los pacientes.

2) Estudios de virosis.

3) Inmunizaciones contra la viruela, la poliomielitis, la coqueluche, la difteria, el tétanos y la tuberculosis.

4) Búsqueda de enfermos tuberculosos por medio de revisiones abreugráfico-tuberculínicas en población supuestamente sana y en concurrentes a dispensarios de vías respiratorias, dentro del Plan Nacional de Lucha Antituberculosa.

5) Búsqueda y tratamiento de enfermos leprosos.

6) Consideración de nuevos problemas derivados de la inmigración.

7) Lucha materno-infantil, en coordinación con los servicios asistenciales; control de lactantes sanos; lucha contra la difteria y las diarreas estivales; educación sanitaria de las madres y distribución de medicamentos y leches; atención prenatal, y capacitación de personal en una acción integrante del plan nacional y en estrecha coordinación con los organismos locales.

8) Formación de personal en el campo de la educación sanitaria y adiestramiento durante el servicio del personal que participa en programas de salud.

9) Educación sanitaria: colaboración en la ejecución de programas sanitarios y de desarrollo de la comunidad.

10) Servicios de transporte aéreo, traslado de enfermos y de personal y material sanitarios.

11) Tareas de saneamiento ambiental e intensificación de las actividades orientadas hacia el des-

arrollo del abastecimiento de agua a la población rural y urbana, y alcantarillado.

12) Promoción y desarrollo de programas de enfermería; estudio de las necesidades y recursos; funcionamiento de escuelas universitarias; formación de profesionales capacitadas en educación, administración y supervisión; cursos para capacitación de enfermeras especializadas en administración y supervisión de auxiliares de enfermería; unidades funcionales de enfermería, hospitales y centros de salud; desarrollo técnico del personal de enfermería, etc.

13) Asistencia social: servicios asistenciales sociales, Editora Nacional Braille, promoción de la organización y desarrollo de la comunidad y trabajos especiales en talleres para ciegos y físicamente incapacitados en general.

14) En el campo de la rehabilitación mencionaremos la labor de la Comisión Nacional de Rehabilitación, con un amplio programa nacional que cumple en sus centros de rehabilitación profesional del lisiado y del enfermo respiratorio; y además, con la creación de escuelas de terapia ocupacional y de asistentes de psiquiatría infantil, la formación de personal, la asistencia y asesoramiento técnico y administrativo, los subsidios y la ayuda en medios, educación pública y otros cursos, todo ello dentro del marco de una adecuada legislación.

15) Actividades en materia de salud mental, dentro de un programa del cual son responsables el Consejo y el Instituto de Salud Mental.

16) Cursos de iniciación sanitaria y social, de supervisión y de integración cultural, facilitados por el Servicio Social, a través del Instituto de Servicio Social, que forma a los trabajadores sociales.

17) Asistencia médica y servicios hospitalarios, mediante una acción normativa y ejecutiva.

18) Política alimentaria y estudio de los problemas de la nutrición, mediante el enfoque de los aspectos de diagnóstico y terapéuticos de dichos problemas.

19) Labor docente por la Escuela de Salud Pública, responsable en el nivel profesional y auxiliar, de la formación y perfeccionamiento del personal técnico.

20) Labor de investigación médica y estudio de aspectos especiales epidemiológicos, para aplicar sus resultados a la solución de problemas concretos.

Todo ello realizado en una acción nacional, apoyada en muchos casos por el valioso asesoramiento y aporte de los organismos internacionales, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF, a quienes la Delegación de la Argentina expresa su agradecimiento.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Olguín. Tiene la palabra el Delegado del Brasil.

#### *Informe de la Delegación del Brasil*

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) (*traducción del portugués*): La política sanitaria que se desarrolla en el Brasil, se orienta de acuerdo con las prioridades regionales, dentro de la gran variedad de condiciones existentes en el país. En nuestro territorio se encuentran todos los grados de civilización e incluso los recursos con que contamos son muy variables, debido a la organización del país que confiere autonomía a los Estados para ejecutar, dentro de su jurisdicción, diversas actividades de salud pública.

Me limitaré a tratar algunos aspectos de los problemas principales de la labor desarrollada, en la que destacan las actividades relacionadas con las enfermedades transmisibles, saneamiento del medio, adiestramiento de personal y planes integrados de salud. Naturalmente, los detalles se expondrán cuando estos temas se examinen con mayor amplitud en la Comisión I.

Consideraremos ahora la labor realizada en lo que respecta a enfermedades transmisibles.

*Poliomielitis.* Los trabajos en este aspecto se realizaron en marzo de 1961 con la designación de una Comisión Especial para determinar si era oportuno llevar a cabo un programa de vacunación con vacuna del tipo Sabin.

Gracias a la cooperación de la OSP, que aportó la asistencia técnica necesaria para los programas piloto realizados en los Estados de Río de Janeiro y São Paulo, se inició la vacunación en todas las capitales de los Estados y Territorios, y a continuación en las ciudades más importantes del interior del país.

Hasta la fecha han sido vacunados más de 6.000.000 de niños del grupo de edad de cuatro meses a seis años, con vacuna importada, que se

diluye y controla en el Laboratorio de Virología del Instituto Oswaldo Cruz, con la cooperación de la OSP.

*Viruela.* En junio de este año se estableció la Comisión Nacional de Erradicación de la Viruela, al mismo tiempo que se organizaban las respectivas Comisiones estatales. En 1961 empezó a funcionar uno de los liofilizadores facilitados en 1956 por la OSP. El Instituto Oswaldo Cruz va substituyendo poco a poco su producción de vacuna glicerinada por la de liofilizada.

En 1961 se produjeron 7.000.000 de dosis de vacuna glicerinada y 900.000 de liofilizada. En 1962, según los datos disponibles hasta el momento, se producirán dos millones de dosis de vacuna glicerinada y cinco millones de vacuna liofilizada, cuya eficacia y calidad se viene demostrando por el número de vacunas prendidas que exceden del 90 % en las zonas en que se aplicó, sea cual fuere el grupo de edad estudiado. La Comisión Nacional trata de destruir el concepto, difundido en muchas regiones del país, de que la presencia de escara es prueba de inmunización, lo que da lugar a que la gente se considere protegida, con los consiguientes problemas y dificultades que surgen como resultado de este criterio equivocado.

*Lepra.* Se calcula el coeficiente medio de prevalencia de esta enfermedad en 1,15 casos por 1.000 habitantes, registrándose coeficientes más altos en el norte, donde llegan al 3,7, y más reducidos en el nordeste, donde no exceden de 0,04 por 1.000. Existen cerca de 100.000 pacientes conocidos, de los cuales sólo el 84,9 %—y el 65,6 % de los contactos—están bajo el control de la campaña contra la endemia.

En los programas de profilaxis se reconsideró el internamiento de pacientes en leprocomios, ante los progresos obtenidos en la fisiopatología y la terapéutica de la infección, dándose mayor importancia al diagnóstico precoz y al tratamiento extensivo. Así, sólo se hallan internados unos 18.278 pacientes en los 36 leprosarios existentes. La Organización Panamericana de la Salud y el UNICEF, en virtud de un acuerdo recientemente firmado, colaborarán en las actividades de la campaña con el suministro de equipo y asesoramiento técnico. Se procede al adiestramiento de personal especializado, y como resultado de la Reunión de Ministros de Salud en Puerto Iguazú, en agosto del año pa-

sado, se mantiene un estrecho intercambio sobre esta materia con los países del Río de la Plata.

*Tuberculosis.* En el programa de la lucha contra la tuberculosis que, según los cálculos técnicos, afecta a cerca de 500.000 personas, merecen destacarse y recibir especial atención dos puntos fundamentales. El primero se relaciona con el establecimiento de condiciones adecuadas en dispensarios u hospitales, que permitan aplicar debidamente el tratamiento prolongado de la enfermedad; el segundo consiste en tratar de llevar la campaña antituberculosa al interior del país, hasta donde haya penetrado la enfermedad. Las recientes normas técnicas especiales de lucha antituberculosa establecidas por el Consejo Nacional de Salud y la nueva formulación de planes para la campaña, en el sentido de utilizar al máximo las 25.000 camas existentes y los 157 dispensarios en funcionamiento, se orientan hacia esta finalidad. El coeficiente medio de mortalidad descendió en las capitales brasileñas de 284,6 por 100.000 habitantes en 1940 a 68,8 en 1960.

*Malaria.* El área del territorio brasileño afectada por la malaria abarca aproximadamente 7.300.000 Km<sup>2</sup> y se distribuye por casi todos los Estados. Está habitada por una población que se calcula en 30 millones de habitantes. Los anofelinos *darlingi*, *aquasalis*, *albitarsis* y *Kerteszia* son los vectores causantes de la enfermedad en las diversas regiones. La incidencia de esta endemia, que se redujo en un 95 % hasta 1956, en las regiones protegidas con insecticidas de acción residual y con medicamentos volvió a constituir un grave problema en 1960 y 1961, por dificultades de carácter administrativo y técnico. En julio de 1961 se reorganizó la campaña, unificándose las actividades de erradicación y control de la enfermedad. Se hizo cargo de la dirección de los trabajos un técnico brasileño, que anteriormente prestó servicio en la Oficina Sanitaria Panamericana. Los planes de emergencia y de erradicación están en marcha y las actividades se prosiguen con los recursos financieros depositados con anticipación, asegurándose así el cumplimiento del acuerdo internacional firmado con la OMS, la Agencia para el Desarrollo Internacional, del Gobierno de los Estados Unidos de América, y la Organización Panamericana de la Salud.



*Planes integrados de salud.* En la labor de integración hay que destacar en primer lugar la integración de las actividades de salud de los programas de desarrollo, objeto de especial atención, ya que todas las organizaciones internacionales encargadas del desarrollo regional cuentan en su Consejo con un representante del Ministerio de Salud.

Le corresponde al Director de la OPS el mérito indiscutible de haber luchado, tanto en Bogotá como en Punta del Este, asesorando con su experiencia y la de sus colaboradores a los delegados especializados, hasta conseguir el éxito de la incorporación de los planes de salud a los programas económicos, como lo demuestran el Acta de Bogotá y la Carta de Punta del Este. Estas victorias indiscutibles se deben al Dr. Horwitz.

En cuanto a los programas actualmente en marcha, los acuerdos con la OPS o con el UNICEF, y ahora el programa de la Alianza para el Progreso, permiten una acción más eficaz.

La asistencia médica prestada como labor ordinaria a los servicios de salud pública constituye desde hace muchos años una actividad básica en el Brasil, destacándose en este sector la influencia decisiva que ejerció el trabajo publicado por el actual Director General de la OMS, Dr. Candau, quien en el Séptimo Congreso de Higiene celebrado en 1948 en la ciudad de São Paulo, ya defendía esta tesis. Conviene señalar que, mediante los planes integrados de salud, el Brasil trata de alcanzar dos objetivos principales: 1) lograr una distribución coordinada de los servicios, y 2) señalar objetivos comunes a las diversas organizaciones nacionales e internacionales que participan en programas de esta naturaleza. Esta integración y estos objetivos comunes se concretan tanto a nivel nacional como local.

*Adiestramiento.* Prosiguen activamente los programas de formación de personal tanto en el propio país como en el extranjero.

Además de facilitar medios para el adiestramiento de personal profesional—médicos, ingenieros, enfermeras, etc.—el Brasil viene dedicando especial atención a la preparación de personal paramédico que es absolutamente necesario para la ampliación de los programas de salud. Por medio de diversos centros de adiestramiento se forma anualmente considerable número de visitadoras sa-

nitarias, ayudantes y auxiliares de higiene y de laboratorio.

La mayor participación del personal paramédico ha exigido una nueva distribución del trabajo y una reorientación en la preparación y adiestramiento de todo el personal que participa en los programas de salud.

*Saneamiento.* En la actualidad se observa en el Brasil un acusado interés colectivo por el abastecimiento de agua, y se están movilizand abundantes recursos, tanto nacionales como internacionales, para atender las numerosas solicitudes existentes. A este fin, el Gobierno trata de facilitar asistencia técnica y material a las colectividades, estudiando incluso los métodos más indicados para solucionar el problema. Así, por ejemplo, se estableció una escuela de sondeadores de agua en el sector nordeste, porque, según las investigaciones realizadas, el agua del subsuelo es la fuente más saludable de abastecimiento regional. Con objeto de asegurar la conservación y el funcionamiento de los sistemas de abastecimiento de agua a un nivel aceptable, el Gobierno estimula la creación de organismos municipales que gozan de autonomía administrativa y técnica, evitando así las dificultades que se derivan de las ingerencias políticas y financieras que tanto perturban el buen funcionamiento de estos servicios.

*Investigaciones.* El Gobierno del Brasil, demostrando su interés por las investigaciones aplicadas, ya manifestado en los planes piloto de vacunación contra la poliomielitis con virus vivos atenuados, está realizando actualmente, en estrecha colaboración con la OMS y su Oficina Regional, una investigación sobre la vacuna de virus vivo contra el sarampión, enfermedad que todavía causa la muerte de un considerable número de niños brasileños. Este es sólo un ejemplo de los numerosos proyectos de estudio que se están elaborando en los diversos institutos especializados del país.

Estas son, señor Presidente, las consideraciones y apreciaciones que deseaba presentar en lo que respecta al desarrollo de las actividades de salud en el Brasil, a las que tanto ha contribuido la cooperación técnica y financiera de la OMS y su Oficina Regional, la Organización Panamericana de la Salud, el UNICEF y la Agencia para el Desarrollo Internacional, del Gobierno de los Estados

Unidos de América. A todos ellos nuestro agradecimiento.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Bichat Rodrigues. Tiene la palabra el delegado de Chile.

#### *Informe de la Delegación de Chile*

El Dr. BRAVO (Chile): Deseo felicitar a la Oficina Sanitaria Panamericana por la presentación de este resumen de los informes cuatrienales de los Gobiernos, que es una demostración del progreso constante que experimentan los servicios de estadística de la Oficina, que si bien necesitan todavía perfeccionarse para ser uniformes y completos, no es menos cierto que ese perfeccionamiento dependerá, más que nada, de la información exacta, adecuada y ajustada a los hechos que faciliten los propios Gobiernos a la Oficina, para su elaboración y presentación en forma comparativa.

Voy a referirme a los hechos comentados en el informe de la Oficina. Pero hablaré brevemente sobre algunos aspectos del desarrollo de la salud pública en mi país, en los últimos años, no mencionados en el informe y acerca de los cuales los Delegados de los demás países pueden estar interesados.

*Administración de salud pública.* En primer lugar mencionaré algunas modificaciones de orden administrativo que introdujo el Gobierno en 1959. Se procuró simplificar las estructuras en el orden administrativo y así la Dirección General del Servicio Nacional de Salud, que hasta ese momento, además del Director General, que es el jefe superior, tenía dos Subdirecciones (una normativa y otra ejecutiva), fusionó ambos cargos en uno solo, con el objeto de simplificar y poner bajo una jefatura tanto el aspecto normativo como el ejecutivo de todos los servicios diseminados por el país.

Así, hoy en día la Dirección General ejerce su autoridad a través de un Departamento Técnico, fusión de las dos Subdirecciones; de un Departamento Administrativo, que tiene a su cargo los servicios correspondientes, y de una Secretaría General, de carácter coordinador.

La idea fundamental que inspira la estructura actual es la de centralización en la definición de la política del Servicio y descentralización en la eje-

cución de las acciones destinadas a aplicar dicha política. No se concibe, sin embargo, en buena administración una autoridad normativa que no tenga, a la vez, en sus manos la facultad de inspección y vigilancia de la política que ella dicta. Así, los Subdepartamentos dependientes del Departamento Técnico representan cada uno de ellos un comienzo de descentralización por grandes rubros especializados de la salud pública.

Con vistas a una mejor administración de los programas locales de salud, se ha aplicado el concepto de regionalización, a través de la subdivisión del país en áreas hospitalarias. De acuerdo con el reglamento de los organismos locales de salud, "área hospitalaria es el territorio geográfico dentro del cual los establecimientos, en forma coordinada o el establecimiento único, ejercen las acciones integradas de salud, sobre los habitantes y el ambiente". Dicho en otras palabras, se trata de aprovechar mejor los recursos en edificios, equipo y personal de un territorio bien definido, a fin de prestar asistencia médica integral, contribuir a la asistencia social y promover y fiscalizar la higiene del ambiente en beneficio de los individuos que habitan dentro de este territorio. Se aspira a que el área hospitalaria sea autosuficiente para ofrecer servicios integrales en los aspectos generales de la medicina y en sus especialidades más comunes, por medio de una coordinación funcional de sus establecimientos que, por ningún motivo, significa subordinación administrativa de uno frente al otro. Cada establecimiento, dentro del área, sigue siendo autónomo en su manejo administrativo y reconoce como jefe superior al Director Zonal, lo que no obsta para que, en el orden técnico funcional, se coordinen con el resto de los establecimientos del área, mediante un "Consejo Coordinador", formado por los directores de establecimientos y los jefes de programas y presidido por el director del hospital base.

Al hablar de la continuidad de la asistencia médica, ya hemos dicho que debe existir continuidad entre la atención en la sala del hospital, en el policlínico, en el consultorio periférico y a domicilio. De esta manera, el Servicio espera descentralizar las operaciones en forma efectiva y llevar esta descentralización hasta la unidad más pequeña de atención, a través de los programas de asistencia, que deberán organizarse bajo la dirección de los jefes de programas que, normalmente, de-

berán ser los jefes de servicios médicos correspondientes o sus delegados. Lejos está de la intención del Servicio Nacional de Salud recargar a los jefes de servicios clínicos con funciones de carácter administrativo. Por el contrario, estas labores seguirán siendo atribución de los directores de establecimientos. En el orden técnico, sin embargo, es muy conveniente, como ya hemos dicho, que dentro de cada especialidad se produzca una coordinación funcional de los recursos humanos y materiales, a fin de dar mejor asistencia a los individuos que forman la población del área hospitalaria. Así, por ejemplo, existirá un programa de asistencia médica de adultos que estará a cargo probablemente del Jefe Interno de Medicina del hospital base, que deberá coordinar y vigilar la utilización de todas las camas para hospitalización de adultos disponibles en el área, del consultorio externo, del policlínico y de los consultorios periféricos encargados de la asistencia ambulatoria como, asimismo, los servicios médico-domiciliarios, y el servicio de urgencia, dentro del área respectiva.

*Mortalidad infantil.* Observando las curvas de la mortalidad infantil, se ve que las tasas que eran estacionarias alrededor de 250 por 1.000 hasta el año 1935, sufrieron un descenso continuado y sostenido a partir de ese año y hasta 1952 en que llegaron a un mínimo de 100 por 1.000. A partir de ese año ha mostrado una nueva tendencia al aumento que ha llegado a su máximo en 1960 y que en 1961 parece volver a indicar que se inicia un nuevo período de descenso.

Tratando de explicar esta alternativa de las curvas de la mortalidad infantil, que tiene una fuerte repercusión en las tasas de mortalidad general y en la expectativa de vida al nacer, se puede observar que las causas que están influyendo en este estancamiento del descenso de la mortalidad infantil, más que de orden médico son de orden económico-social y son ajenas a la acción que puede ejercer el Servicio Nacional de Salud, a través de sus propios establecimientos. En efecto, si se desea saber por qué mueren los niños, se advertirá que las causas son las infecciones respiratorias en el invierno y las diarreas e infecciones entéricas en el verano y hasta debe agregarse que el sarampión, enfermedad que casi en todos los países del mundo es de carácter benigno, en Chile es una enferme-

dad grave con un 20 % de complicaciones y un 6 % de mortalidad, lo que significa la muerte de 2.500 niños cada año.

Las causas que originan esta situación deben buscarse en la mala calidad e insuficiencia de la habitación, que favorece la aparición de toda clase de infecciones respiratorias en la época de invierno, sobre todo en las zonas del país que sufren un clima riguroso, frío y lluvioso en esa estación del año; otra causa determinante de mortalidad infantil es la insuficiencia del abastecimiento de agua potable y de eliminación de excretas. Sólo el 73 % de la población urbana y no más del 5 % de la población rural dispone de agua potable en condiciones aceptables, y en cuanto a la eliminación de excretas, sólo el 51,6 % de la población urbana está provista de alcantarillado y no más del 4 % de la población rural posee un sistema sanitario aceptable. Esta situación favorece la aparición de toda clase de infecciones entéricas y cuadros diarreicos en el verano y con mayor predominio en las grandes aglomeraciones suburbanas de las grandes ciudades, donde las condiciones sanitarias e higiénicas dejan mucho que desear.

El telón de fondo que ofrece un terreno apropiado para el desarrollo de todas estas infecciones es la desnutrición de nuestros niños debido, por una parte, a la escasa producción de leche que no permite satisfacer las necesidades proteicas de la población infantil, así como a los salarios insuficientes, con baja capacidad adquisitiva, que no permiten a la familia obrera disponer de una alimentación adecuada, y a malos hábitos alimentarios que inducen a la familia a procurarse una alimentación preferentemente energética a base de cereales, papas y bebidas azucaradas, descuidando los alimentos protectores indispensables para el normal crecimiento y desarrollo del niño. Se puede citar, a manera de ejemplo, la resistencia de nuestra población a consumir pescado, que es abundante y barato a lo largo de todo nuestro litoral y cuya proteína es tan buena como la de la carne, del huevo o de la leche, y que podría fácilmente sustituir a nuestra escasa producción pecuaria.

No se puede ocultar, sin embargo, que una buena parte de la mortalidad infantil está relacionada con la mala atención del parto y los insuficientes cuidados del recién nacido. Parece demostrarlo el hecho de que las tasas más altas de mortalidad infantil se encuentran en algunas provincias, donde por fal-

ta de personal profesional especializado, una proporción hasta de un 83 % de los nacimientos se produce sin asistencia profesional de ninguna especie.

El promedio, en el país, de niños nacidos sin asistencia profesional es del 35 por ciento. Esto se debe más que nada a la falta de profesionales médicos y a su mala distribución, ya que si bien tenemos un médico por cada 1.700 habitantes, en el conjunto del país, no se puede olvidar que el 83 % de los médicos se encuentran en las ciudades de Santiago, Valparaíso y Concepción, mientras que el resto del país sólo cuenta con el 17 por ciento.

*Higiene maternoinfantil.* Se ha concedido especial importancia a la atención prenatal y al control del niño sano. La disposición legal que establece la asignación familiar prenatal desde el quinto mes de embarazo ha permitido poner bajo control los embarazos desde dicho mes con revisiones periódicas posteriores. La atención de partos en clínicas ha aumentado en algunas ciudades a cifras superiores al 90 %; pero aún quedan en el país un 33 % de partos sin atención profesional, en su gran mayoría en áreas rurales donde la atención es muy restringida.

En los dos últimos años se ha puesto en marcha el control del niño sano con miras a prevenir la distrofia, que es la base de nuestra alta morbilidad y mortalidad infantil.

Año a año ha aumentado el número de embarazadas y niños que se benefician con leche facilitada por el Servicio; en 1962 se ha contado con 8.450.000 kilos de leche en polvo, con 18 gramos de grasa, para su distribución en consultorios.

Desde los sismos de 1960, el UNICEF está colaborando en los programas de atención maternoinfantil de nueve provincias. Como emergencia envió equipo para 14 hospitales, 25 consultorios y 93 postas. En el convenio suscrito en enero de 1962 se establece una ayuda durante cinco años a fin de dotar a los hospitales, consultorios y postas del equipo y medios de movilización para las actividades de atención maternoinfantil, con el compromiso, por parte del Servicio Nacional de Salud, de aportar personal y locales. Con el aporte del equipo donado por el UNICEF, se ha intensificado la labor maternoinfantil, especialmente en las áreas rurales de los Departamentos de Ovalle y Copiapó.

*Nutrición.* Con respecto a la nutrición, señalaré

dos aspectos principales. El primero se refiere a la participación en acciones tendientes a promover un mejor estado nutritivo de la población. Entre ellas puede citarse la constante asesoría técnica en los programas del Auxilio Escolar; la asesoría, capacitación de personal y supervisión del programa PASE, en coordinación con las Direcciones Generales de Educación Primaria y de Agricultura, y bajo los auspicios del UNICEF; la participación en la Comisión Mixta de Salud y Educación y funciones de asesoramiento y supervisión en diversos organismos locales de esta Comisión; y el asesoramiento prestado al programa de distribución de leche del Servicio.

El segundo aspecto, en materia de nutrición, consiste en el estímulo de la producción nacional de alimentos. A este respecto se estudió, junto con representantes del Ministerio de Agricultura y Economía y con los de la producción, el informe sobre la industria lechera, su estado actual y sus posibilidades y recomendaciones para perfeccionarla; y se colaboró con la Comisión Nacional de Fomento del Consumo de Productos Pesqueros en las labores de divulgación, educación y organización del mercado que dicha Comisión realiza.

*Formación de personal de salud.* Para tratar de solucionar este problema el Servicio Nacional de Salud, en colaboración con las facultades de medicina de las distintas universidades y con el Colegio Médico, ha establecido un sistema de médicos residentes becarios, cuya formación especializada es financiada por el Servicio con el compromiso de que una vez terminados sus estudios, deben salir a prestar sus servicios en las provincias que aquél señale.

No sólo hay escasez de médicos, sino también de enfermeras, matronas y personal auxiliar. El Servicio Nacional de Salud está financiando tres de las cinco Escuelas de Enfermeras que existen en el país y las únicas dos Escuelas de Obstetricia; además está promoviendo la creación de nuevas escuelas tanto en el norte como en el sur del país, para atraer hacia ellas a jóvenes bachilleres de las provincias que estudien humanidades en sus ciudades natales y que estén dispuestas a trabajar posteriormente dentro de las regiones a que pertenecen. Por otra parte, con la ayuda del UNICEF ha organizado en casi todas las capitales de provincia cursos para auxiliares de enfermería que ya han lo-

grado la formación de 600 auxiliares y se espera preparar 500 más en los próximos tres años. Con este personal se proyecta descentralizar la asistencia médica de los hospitales, especialmente en lo que se refiere a protección maternoinfantil, y llevarla hasta los sitios de trabajo o residencia de nuestros beneficiarios, a través de consultorios periféricos y postas, los cuales contarán por lo menos con una auxiliar de enfermería y recibirán visitas periódicas—tantas como sea posible, de acuerdo con las disponibilidades de personal—de médicos, enfermeras y matronas, para realizar una mejor vigilancia del embarazo y un mejor control del niño sano.

*Plan nacional de abastecimiento público de agua y eliminación de excretas.* Las condiciones en que se encuentra la población del país respecto al abastecimiento de agua potable y eliminación de excretas son muy deficientes. El 73,3 % de la población urbana cuenta con servicio de agua potable, y el 51,6 % con redes de alcantarillado. En cuanto a la población rural, sólo el 6 % dispone de un buen sistema de abastecimiento de agua, y el 4 % de un sistema satisfactorio de eliminación de aguas servidas.

Corresponde a la Dirección de Obras Sanitarias del Ministerio de Obras Públicas la instalación de los servicios de agua y eliminación de excretas de las zonas urbanas.

El Servicio Nacional de Salud ha tomado la responsabilidad de tratar de resolver este tipo de problemas en las zonas rurales, y es en atención a ello que resumiré la labor que desarrolla en esta materia y sus programas futuros en zonas rurales, excluyendo lo que concierne a la población urbana, por corresponderle al Ministerio de Obras Públicas.

El Servicio trabaja a través de las áreas hospitalarias de las diferentes Zonas de Salud con o sin talleres sanitarios, y con la colaboración de algunas organizaciones internacionales.

En 1961 se lograron instalar en el país 1.061 norias y 11.031 letrinas sanitarias. Para el presente año se ha iniciado un programa con objeto de instalar 20.000 unidades entre norias y pozos y 21.900 letrinas sanitarias en un plazo de cinco años, entre las provincias de Concepción a Chiloé, en colaboración con el UNICEF, cuyo primer aporte, correspondiente al primer y segundo año, asciende aproximadamente a la suma de 250.000 dólares.

Se ha estudiado un programa con el Banco Interamericano de Desarrollo para resolver el problema del agua en las poblaciones de menos de 1.000 habitantes, a base de redes y pilones y posibles instalaciones domiciliarias a costa de los interesados. El programa inicial preveía un aporte del Banco de 6.500.000 dólares para servir aproximadamente a 2.800.000 personas, que después se redujo a 2.500.000 dólares para atender a una población aproximada de 1.100.000 habitantes entre las provincias de Aconcagua a Colchagua.

Se ha estudiado un programa de saneamiento básico para las escuelas rurales, a fin de mejorar o construir el sistema de abastecimiento de agua en unas 3.000 escuelas y construir unas 15.000 letrinas. Para este tipo de acción se requiere una aportación internacional de unos 350.000 dólares.

*Erradicación de la malaria.* En Chile, la malaria se halla erradicada desde el año 1945, no habiéndose presentado hasta la fecha ningún caso endógeno de la enfermedad.

Por no haberse alcanzado aún este objetivo en países limítrofes, el Servicio Nacional de Salud de Chile mantiene con sus propios recursos una campaña de reducción y vigilancia del anofelismo en el extremo norte de la República, en dos valles estrechos y separados del resto del territorio por extensas zonas de desierto. El área bajo control comprende aproximadamente unos 40 Km<sup>2</sup>; la acción consiste en la búsqueda de focos larvales y en la aplicación de insecticidas en las aguas y en las casas de los valles infestados. Simultáneamente se realizan algunas obras de desecación de pantanos para la recuperación de tierras destinadas a cultivos agrícolas.

*Viruela.* A partir de 1955, Chile no ha tenido casos de viruela, con excepción de uno de origen foráneo ocurrido en Antofagasta en 1959. Desde 1950, fecha del último brote de viruela, los servicios sanitarios han mantenido un programa permanente de vacunación, lo que ha permitido su erradicación. Por otra parte, la existencia de la viruela en Bolivia, Argentina y otros países sudamericanos justifica el mantenimiento de un programa nacional de vacunación antivariólica.

Las vacunas glicerizada y desecada utilizadas por el Servicio Nacional de Salud son elaboradas por el Instituto Bacteriológico de Chile que, además,

tiene capacidad suficiente para producir la totalidad de la vacuna, aun ante pedidos extraordinarios de vacunaciones masivas en corto plazo.

Las vacunaciones efectuadas por el Servicio Nacional de Salud desde 1957 a 1961 alcanzaron la cifra de 5.402.777, lo que representa el 70,8 % de la población del país.

*Estado de la erradicación del Aedes aegypti.* En Chile, la etapa final de la campaña de erradicación de este vector se terminó en abril de 1961, con la revisión final realizada en colaboración con funcionarios internacionales. Habiendo sido erradicado del territorio el *A. aegypti* y dejando el país de ser receptivo a la fiebre amarilla, se pidió que se confirmara y aceptara esta erradicación en la XIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, en octubre de 1961.<sup>1</sup>

Para prevenir la reinfestación desde el exterior, se debe mantener un servicio de vigilancia en los puertos, aeropuertos y puestos fronterizos que constituyen acceso desde otros países aún infestados (se trata de cuatro localidades: Arica, Iquique, Tocopilla y Antofagasta, en el norte del país).

*Tos ferina y difteria.* Estas dos enfermedades son endémicas en el país, observándose en la segunda de ellas un aumento marcado en los tres últimos años.

Con el objeto de intensificar su control se consiguió que por decreto se declarara esta vacunación obligatoria hasta los 15 años de edad. El número de vacunaciones antidiftéricas efectuadas en los cuatro últimos años es el siguiente:

1958 .....	521.915 dosis totales
1959 .....	585.743 " "
1960 .....	1.148.014 " "
1961 .....	1.870.085 " "

*Tuberculosis.* Después del programa realizado en 1951, en que se efectuaron unas 500.000 inmunizaciones con BCG en las áreas urbanas del país, en 1956 y 1957 se llevó a cabo un programa de vacunación con BCG en las zonas rurales, con la cooperación de la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF. En este programa se realizaron 1.000.000 de reacciones de Mantoux y se aplicó BCG a 490.000 anérgicos.

Se realizaron las siguientes vacunaciones con BCG:

1956 .....	131.200
1957 .....	137.720
1958 .....	203.692
1959 .....	156.264
1960 .....	143.010

En el control de la tuberculosis, además de la vacunación con BCG a la cual se ha hecho mención más arriba, se practica la búsqueda de morbilidad oculta por medio de radiografías, habiéndose practicado los siguientes exámenes anuales:

1957 .....	126.062
1958 .....	165.662
1959 .....	222.739
1960 .....	233.782
1961 .....	292.738

El tratamiento ambulatorio de los enfermos se efectúa en las clínicas especializadas de que dispone para este efecto el Servicio Nacional de Salud en todo el país.

El Servicio cuenta con 4.500 camas destinadas al tratamiento de esta enfermedad, de las cuales son dadas de alta anualmente 8.000 personas. Parte de las camas de medicina interna se destinan también a este propósito y de ellas son dados de alta 9.000 enfermos.

*Vacunación antipoliomielítica por vía oral con vacuna Sabin.* La aparición repentina de numerosos casos de poliomiélitis en Santiago obligó a las autoridades del Servicio Nacional de Salud a adelantar este programa de vacunación que previamente se había fijado para el otoño del presente año. En un lapso de tres meses y medio se aplicó la vacuna Sabin de virus atenuado del tipo 1 a 1.186.000 niños, lo que representa el 80,2 % de la población infantil comprendida entre los tres meses y los seis años de edad.

En julio de este año se comenzó el trabajo correspondiente a la segunda etapa con la aplicación simultánea de los virus 2 y 3 en las provincias de Valparaíso, Aconcagua y Santiago, alcanzando una cifra de 598.000 niños. Posteriormente el programa se extenderá a las provincias del norte, sur central y sur del país, estimándose que quedará terminado en noviembre del presente año.

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 39.

Con esto creo haber dado cuenta, en líneas generales, de la acción sanitaria integral, tanto en los aspectos de fomento de salud como de epidemiología y tratamiento de enfermedades, que está realizando el Servicio Nacional de Salud.

Nuestra organización, por su carácter integral, no se adapta a veces muy bien a los sistemas de información estadística que estamos usando, porque al no tener servicios especializados que se ocupen de determinados problemas, sino servicios integrados en que se hace medicina total, el sistema estadístico no resulta suficientemente claro; por eso me ha parecido necesario facilitar a ustedes esta información en forma clasificada.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Bravo. Tiene la palabra el Delegado de Francia.

#### *Informe de la Delegación de Francia*

El Dr. HYRONIMUS (Francia) (*traducción del francés*): Trataré de resumir de una manera muy concisa la evolución de la situación sanitaria en los tres Departamentos franceses de América, a partir de la celebración de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana. Como ustedes saben los tres Departamentos son muy distintos: dos de ellos tienen una extensión territorial muy pequeña pero están superpoblados, a saber, de 200 a 300 habitantes por Km<sup>2</sup>; el tercero es muy extenso y poco habitado y la población se concentra en las cabezas de partido y sus alrededores, lo que le da un carácter muy particular. Me referiré en primer lugar a las enfermedades contagiosas y transmisibles.

La malaria ha desaparecido prácticamente de Guadalupe y totalmente de Martinica desde hace ya varios años. En estos últimos 10 años no se ha registrado un solo caso de malaria en Martinica, y en Guadalupe no se ha declarado un solo caso en dos años. En la Guayana, si bien no se ha erradicado la enfermedad, ocurren muy pocos casos; no se ha registrado ninguno en Cayena ni tampoco en sus inmediaciones a pesar de la densidad de población. Ocurren algunos en la región costera, hacia Iracoubou, y otros diseminados en un vasto territorio amazónico y, a nuestro juicio, será bastante difícil obtener la erradicación total de la malaria en esta región.

Desde hace tiempo es total la erradicación del *Aedes aegypti* en la Guayana, como se anunció en

la Conferencia celebrada en Santiago, Chile, en 1954. La situación en Martinica es mejor de lo que aparece en el Informe Anual. En los últimos tiempos hemos logrado un considerable progreso, mas hay que reconocer que la campaña se desarrolla lentamente por razones locales: en primer lugar, por la gran densidad de población y los múltiples criaderos de mosquitos, y, además, por el intercambio constante entre las islas, mediante pequeñas embarcaciones que nos reinfectan normalmente cada vez que logramos buen resultado en una localidad. Sin embargo, creemos que lograremos con bastante rapidez la erradicación del *A. aegypti* en Martinica. En Guadalupe, las dificultades son más acentuadas y, aunque creo que obtendremos buen resultado, la tarea será aún más difícil que en Martinica.

Entre las enfermedades contagiosas que hemos de combatir mencionaremos la fiebre tifoidea y las salmonelosis, que están bastante extendidas en los tres Departamentos. Para combatirlas, hay que proceder al saneamiento del medio. En cuanto a la vacunación TAB, ya se viene practicando en gran escala. Debo reconocer que los casos son bastante numerosos, pero se notifican sistemáticamente y, en consecuencia, cuando los casos se notifican con más regularidad, más importante parece el enemigo, ya que los casos notificados corresponden a casos reales. Respecto a la difteria y el tétanos, tenemos organizada, desde hace muchos años, la vacunación obligatoria en los tres Departamentos, y la hemos generalizado en el curso de nuestro último plan quinquenal, es decir el de 1957-1961. Son muy pocos los casos de difteria que se registran; sin embargo, han ocurrido algunos en estos últimos años en niños de corta edad no vacunados, lo que indica que debemos permanecer alerta. El tétanos ha desaparecido prácticamente, y sólo se presentan algunos casos en individuos que, por razones diversas, han eludido la vacunación o bien en niños de corta edad. Los casos de tétanos del recién nacido son sumamente raros, gracias, no sólo a la vacunación, sino también a que el 98 % de los partos tienen lugar en centros hospitalarios.

La tuberculosis ha dejado de constituir un azote de extraordinaria gravedad. La frecuencia de esta enfermedad es poco más o menos comparable a la de los Departamentos franceses de Europa. De todas maneras, se continúa intensificando la labor de búsqueda de casos, que desde hace algunos años

se lleva a cabo sistemáticamente por medio de radiografías. Toda la población de Martinica se somete de manera sistemática a la radiografía pulmonar y la vacunación con BCG se ha generalizado. La búsqueda radiográfica de casos se extenderá igualmente a la Guayana Francesa a partir de 1963, y será también práctica común en Guadalupe, en el mismo año.

La lepra representa una de nuestras mayores preocupaciones, aunque la búsqueda de casos está sistemáticamente organizada.

Las parasitosis intestinales representan un importante problema; nuestra mortalidad infantil es relativamente elevada (alrededor de 47 a 48 por 1.000), lo que se debe en gran parte a las afecciones intestinales causadas por la falta de saneamiento del medio y por los parásitos. En nuestro nuevo plan quinquenal de 1961-1965 hemos destinado una gran parte de las actividades al saneamiento, a la reconstrucción y a la destrucción de focos insalubres. Asimismo se fomenta la construcción de nuevas viviendas y se proporciona ayuda a tal efecto. También se dedica un gran esfuerzo a la extensión de las instalaciones de abastecimiento de agua potable, gracias a las inversiones del Departamento de Ultramar (FIDUM) y a la cooperación del Fondo Europeo para el Desarrollo Económico y Social, que nos permitirá dotar de una red de conducción de agua a las municipalidades donde todavía falta este elemento.

En cuanto a la eliminación de aguas servidas, se completará la red de alcantarillado de Fort-de-France, en Martinica, así como la de Pointe-à-Pitre, en Guadalupe. Ya se realizó la de Cayena. De esta manera esperamos poder luchar eficazmente contra las enfermedades favorecidas por la falta de saneamiento del medio, especialmente las parasitosis intestinales. Reconocemos, sin embargo, que se necesita todavía un esfuerzo considerable para reducir los daños de la anquilostomiasis, si no es posible hacerla desaparecer.

En relación con el plan hospitalario, en el curso de estos últimos cuatro años hemos instalado en Fort-de-France, en Martinica, un nuevo hospital de 200 camas, 100 de las cuales están reservadas para niños y otras 100 a maternidad. En la actualidad se está construyendo un nuevo hospital en Cayena, que contará con 200 camas, se terminará en 1963 y dotará a esta ciudad de una institución moderna,

que costará alrededor de 8.000.000 de nuevos francos.

La atención médica es prácticamente gratuita para toda la población. Las personas que trabajan están afiliadas al Seguro Social, que les reembolsa el 80 % del costo de la atención médica domiciliaria y aproximadamente la totalidad de los gastos en caso de hospitalización. La población no afiliada al Seguro Social, porque no trabaja con regularidad, se beneficia del servicio que denominamos "asistencia médica", que asegura cuidados gratuitos tanto a domicilio como en el hospital. El sistema resulta tal vez costoso, teniendo en cuenta que una proporción bastante considerable de personas no se benefician del Seguro Social y por ello no pueden satisfacer los gastos de atención médica y hospitalización, incluso en casos de personas que pertenecen a ciertos seguros sociales (lo que nosotros denominamos el *ticket modérateur*); por consiguiente, nos veremos obligados a introducir ciertas reformas para unificar el sistema, de suerte que no exista dualidad entre el Seguro Social, que rige para los trabajadores que satisfacen su cuota con regularidad, y la atención médica, de la que se benefician las personas que no trabajan de una manera regular y cuyo nivel de vida no es lo suficientemente alto.

En materia de educación sanitaria, vamos a continuar e intensificar nuestro programa de actividades. Consideramos que, en el momento actual, la educación sanitaria es una necesidad. Debe iniciarse en la escuela y continuar en las familias mediante las actividades de las visitadoras sociales, al mismo tiempo que se debe organizar la enseñanza mediante conferencias por radio. Creemos que la educación sanitaria puede ayudarnos considerablemente en nuestra labor de intensificación de las campañas de vacunación, sea contra la viruela, contra la difteria o contra el tétanos, o bien para prevención de la tuberculosis (BCG), o contra la poliomielitis. En relación con esta última, no hemos emprendido todavía campañas de vacunación en gran escala. Afortunadamente no se han registrado, desde hace 10 años, más que unos cuantos casos de poliomielitis en los tres Departamentos. Sabemos, sin embargo, que no estamos libres del riesgo de cualquier epidemia colectiva; la hemos sufrido en otro Departamento francés de ultramar, la Isla Reunión. Por consiguiente no debemos detenernos en nuestra tarea y así hemos



empezado, a partir de este año, la administración de vacunas mixtas, por inyección, contra la difteria, el tétanos y la poliomielitis (vacuna triple o DTP). Tenemos prevista la vacunación por vía oral, que posee evidentes ventajas y facilitará considerablemente nuestra labor.

En el campo de la formación de personal paramédico, contamos en cada Departamento con una escuela de enfermería que, en general, satisface nuestras necesidades. No nos faltan aspirantes y podemos formar suficientes enfermeras para cubrir las necesidades. Sin embargo, un número bastante considerable de graduadas de nuestras escuelas van a prestar servicio a los Departamentos europeos, en los que siempre hay escasez de este personal, con lo cual a medida que formamos más enfermeras surgen más necesidades.

Para terminar, debo expresar nuestro agradecimiento a la Oficina Sanitaria Panamericana, y muy particularmente a su Director por la colaboración que nos han prestado en todo momento, especialmente al conceder una serie de becas a médicos, trabajadores sociales y enfermeras de nuestros tres Departamentos. Estas becas han ofrecido a nuestro personal la oportunidad de entrar en contacto con el exterior y de perfeccionar sus conocimientos de manera muy fructífera. Deseamos que se intensifiquen estos contactos por medio de becas, así como la colaboración que hemos recibido de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Hyronimus. Vamos a suspender ahora la sesión para un breve descanso.

*Se suspende la sesión a las 16 h. 05 m. y se reanuda a las 16 h. 35 m.*

El PRESIDENTE: Se reanuda la sesión. Continúa la exposición de informes de los países. El Delegado de Panamá tiene la palabra.

#### *Informe de la Delegación de Panamá*

El Dr. GONZÁLEZ RUIZ (Panamá): La evolución o el progreso que Panamá ha podido demostrar en materia de salud de 1958 a 1962, basado en el análisis de las estadísticas disponibles, no revela los enormes cambios que se han operado y que han puesto a la administración médico-sanitaria de

mi país en función dinámica de planes y programas bien definidos.

Estas estadísticas, con la reserva necesaria, demuestran la tendencia que en general siguen los fenómenos relacionados con los problemas de salud y sirven de base para sentar criterios en la preparación de planes y programas y en la determinación de prioridades para su ejecución. En este sucinto informe pasaré por alto los detalles, que figuran en el documento que presentamos y que lleva por título "Evolución de los planes y programas de salud de la República de Panamá de Junio de 1958 a Junio de 1962". Nos limitaremos, por consiguiente, a señalar los siguientes puntos básicos que han servido para justificar la política médico-sanitaria de mi país:

- 1) Tendencia al incremento de la población; el índice de crecimiento vegetativo es del 3,3 por ciento.
- 2) Concentración de los servicios y facilidades de atención médico-sanitaria en la población urbana, que representa el 33 % de la población total, según revelan los siguientes datos:
  - a) El 40 % de las defunciones que ocurren en toda la República son certificadas por médicos; el 93 % en las zonas urbanas y el 22 % en las rurales.
  - b) El 52 % de los partos reciben atención profesional; el 95 % de los que ocurren en la población urbana y el 18 % en la rural.
  - c) La mortalidad infantil, que aparentemente baja de manera paulatina en el conjunto de la República, se mantiene alta en las áreas rurales, a causa de la falta oportuna de atención médica del infante. Solamente el 22 % de los certificados de muerte de menores de un año, de procedencia rural, están respaldados por la certificación médica de la defunción, en comparación con el 94 % en las áreas urbanas.
- 3) Tasas de morbilidad y mortalidad por tuberculosis similares en las áreas urbanas y rurales.
- 4) Proporción de camas hospitalarias disponibles de 6 por 1.000 habitantes en las áreas urbanas y una y fracción en las rurales. Similares proporciones en cuanto a médicos, enfermeras y otro personal de salud.

Estos y otros hechos significativos imponen un cambio de criterio en el planeamiento de la salud.

No es aceptable, pensamos, que nuestro Gobierno haga esfuerzos presupuestarios importantes en materia de salud, y no se planifique en función de los grandes problemas que agobian a nuestra población más necesitada de esos servicios, que es la gran masa rural.

Panamá ha venido invirtiendo alrededor del 18 % de su presupuesto total en programas de salud en el período de 1958 a 1962 y ha habido un aumento *per capita* de 10,3 a 11,6 dólares. ¿Se justifican estas altas inversiones si al realizar las evaluaciones periódicas observamos que subsisten, con algunas excepciones, los mismos problemas fundamentales en la atención de la salud? La respuesta es un no rotundo, si no se justifica, *a priori*, una adecuada inversión fundamentada en la planificación seria y oportuna, no solamente en salud, sino en forma integral en todas las áreas de acción programática nacional.

En Panamá se han hecho esfuerzos serios en el campo de la salud, con ayuda internacional, especialmente de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud, así como del hasta hace poco llamado "Punto Cuatro". Pero ha faltado decisión para poner en práctica cambios fundamentales y urgentes a base de la mejor utilización de los recursos limitados existentes y para desarrollar dichos programas con la intensidad y al ritmo adecuados.

La Oficina Sanitaria Panamericana está bien al tanto del conocido Plan Falk de Panamá y del lógico planteamiento de sus recomendaciones.

Sin embargo, a pesar de la aplicación de esas recomendaciones del Plan Falk y de un aumento considerable de las sumas presupuestadas, no se apreciaron avances significativos en el programa de 1958 a 1960, como lo demostró en forma indiscutible la evaluación que, sobre el terreno y en forma de encuesta directa, hizo un grupo de técnicos en toda el área comprendida en la Región Central y cuyos resultados pusieron de relieve la necesidad de dar nuevos rumbos a los programas de salud pública. Por ello surgió la idea de establecer un nuevo plan de salud pública para una zona definida, escogiéndose para ello la Región Central, con un área y población aproximadas a un tercio del total de la República. El grupo de técnicos nacionales, asesorados por personal internacional, logró elaborar dicho plan, teniendo en cuenta los problemas existentes, los recursos disponibles, las prioridades

establecidas, las perspectivas en el desarrollo socioeconómico del país y, en términos generales, las posibilidades de aplicabilidad gradual, pero efectiva y continua, de programas de salud. El plan elaborado recibió posteriormente el apoyo financiero y la asistencia técnica de organismos internacionales.

Los criterios fundamentales del citado plan pueden sintetizarse así:

1) Continuación del sistema de regionalización, pero con mayor descentralización de la jurisdicción ejecutiva médico-sanitaria. Se establece así la llamada "Área médico-sanitaria" como unidad de trabajo, basada en una jurisdicción definida, alrededor de un centro médico.

2) Continuación de la centralización normativa, pero adjudicando al nivel central la mayor responsabilidad de la supervisión ejecutiva de los planes y programas.

3) Establecimiento de una política médico-sanitaria definida: la aplicación adecuada del concepto de integración en todos los niveles de los programas de salud, entendiéndose que (según definición presentada en el Seminario Nacional de Administración de Atención Médica) la integración en la prestación de servicios médico-sanitarios es un proceso de organización efectiva, mediante el cual todos esos servicios forman una unidad funcional en todos los aspectos relacionados con la salud biológica y social y no solamente una fusión física de instituciones de salud, con el fin de: a) establecer la continuidad de los servicios de salud; b) lograr la mejor utilización de los recursos disponibles, y c) desarrollar la más adecuada actitud de la comunidad hacia el uso óptimo de esos servicios.

4) Extensión del radio de acción a las áreas rurales, con el fin de alcanzar la mayor población con servicios elementales, pero básicos, de salud.

5) Establecimiento de prioridades en el campo materno-infantil, mediante el desarrollo efectivo de actividades externas e internas para la embarazada y el niño (clínicas y anexos maternos y pediátricos).

6) Énfasis en los programas de atención ambulatoria (consulta externa), en los que se proyecta realizar la integración de manera efectiva y a corto plazo. El cambio de enfoque de la atención al "paciente vertical" permitirá la más efectiva utilización de los recursos limitados existentes.

7) Evaluación del personal profesional y auxiliar con miras a la "polivalencia" en el servicio.

8) Organización y desarrollo de los servicios y programas locales, con la participación del personal profesional y auxiliar en grupos de trabajo bajo la supervisión central y regional.

9) Organización de las comunidades con el fin de que cooperen en la solución de sus problemas de salud.

10) Sistematización gradual de las normas, procedimientos, funciones, etc., con el fin de llegar a un sistema equilibrado de prestaciones médico-sanitarias a nivel regional, que permita la valorización concurrente y evaluación periódica de los programas en marcha.

En la actualidad se progresa en la revisión final del plan de la Región Occidental y se inicia el plan de la Región Oriental con miras al establecimiento definitivo de un Plan Nacional de Salud, sobre las bases conceptuales que rigen la política médico-sanitaria actual del país. La reciente designación de un Comité Nacional de Planificación de la Salud va a asegurar el dinamismo de esta actividad, tan fundamental en la administración médico-sanitaria. Este Comité a nivel ministerial, que mantiene relaciones efectivas con el Departamento Nacional de Planificación, está formado por el Director General de Salud Pública, el Subdirector Coordinador del Departamento, el Inspector General de Salud Pública, los Jefes Nacionales de Saneamiento Ambiental y Enfermería, un delegado del Departamento Nacional de Planificación, el Director General de la Caja de Seguro Social y el Director Ejecutivo del Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales.

#### 1) Administración médico-sanitaria:

a) *A nivel nacional.* Con motivo de la regionalización que siguió a la aplicación del Plan Falk en 1957, la Administración Médico-Sanitaria a nivel nacional funcionó, de 1958 a 1960, teniendo como base dos divisiones normativas: la de Programas Preventivos y la de Hospitales, bajo las cuales funcionaban independientemente las secciones que representan los programas básicos de salud, con excepción de los programas siguientes específicos: Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, Campaña Nacional Antituberculosa, Saneamiento Ambiental y el Servicio de Informes y Estudios Sa-

nitarios, los cuales desarrollaban la acción tanto normativa como ejecutiva. Las demás secciones cumplían una función pasiva debido a las limitaciones de una política médico-sanitaria definida.

Entre los cambios funcionales introducidos, cabe señalar que, para elaborar las normas y procedimientos que se han de poner en práctica en todos los niveles, se utiliza la metodología de trabajo de grupo. La preparación de programas está a cargo de estos grupos de trabajo y su implementación práctica se lleva a cabo bajo la supervisión ejecutiva en el campo por el mismo personal técnico del nivel nacional.

En cuanto a los cambios estructurales, se han eliminado las Divisiones de Programas Preventivos y de Hospitales, integrándose las secciones en grupos de trabajo, como se ha dicho anteriormente, y bajo una dirección central, compuesta por un Director General, un Coordinador General y un Inspector General de Salud Pública.

Se han creado nuevas secciones: Adiestramiento, Salud Maternoinfantil, Salud Escolar, Administración Médico-Sanitaria, y Saneamiento Ambiental (antes Servicio de la Sección de Ingeniería Sanitaria), y se han fusionado las Secciones de Enfermería de Salud Pública y Enfermería de Hospitales, bajo una sola dirección.

De 1961 a 1962 se han desarrollado los siguientes programas ya aprobados: adiestramiento de personal, salud maternoinfantil, salud escolar, saneamiento ambiental, campaña antituberculosa y erradicación de la malaria.

En el informe que rendimos a la Conferencia se presentan algunos pormenores sobre la ejecución de estos programas.

b) *A nivel regional.* La regionalización, que comenzó a implantarse desde 1957, no demostró efectividad significativa cuando, a principios de 1961, se hizo una evaluación de su progreso y se observó que, a pesar de los altos costos administrativos que representaba, se habían aumentado los mecanismos administrativos y continuaba la centralización administrativa y una marcada falta de relaciones entre las instituciones curativas y preventivas.

A partir de 1961 se inició la reorganización médico-sanitaria basada en el concepto de jurisdicción de servicios y programas, descentralizando las regiones en áreas sanitarias dirigidas desde el hospital del área, el cual se transformó gradualmente en un centro médico integrado, gracias a la unión

física y funcional del centro de salud y del hospital locales.

En la actualidad se han establecido 13 áreas sanitarias, pero su desarrollo se está efectuando de manera continua en la Región Central, a partir del área guía de Penonomé.

c) *A nivel local.* La administración médico-sanitaria a nivel local, que funcionaba en forma de programas de salud pública prestados desde un centro de salud, es primordialmente de carácter preventivo y, en los lugares más poblados, va a operar paulatinamente con programas de atención médica curativa desde el hospital local, como una sola unidad integral de servicios. En la actualidad, el centro médico integrado guía de Penonomé se desarrolla sólidamente sobre estos nuevos conceptos. Mientras se cuenta con los recursos físicos adecuados, varias instituciones experimentan cambios paulatinos hacia la integración.

## 2) Un plan de salud en desarrollo :

Basados en todos los conceptos hasta ahora enunciados, que establecen nuevas pautas y una política médico-sanitaria única, los técnicos panameños, con la colaboración estrecha de los asesores de la OMS en Panamá y del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, elaboraron en 1961 un plan básico de salud para la Región Central, que fue aceptado por el Gobierno Nacional y posteriormente apoyado en forma amplia y decidida por la OPS y la AID, además de la participación valiosa del UNICEF.

El desarrollo del plan, a diferencia de otros anteriores, se está llevando a cabo en forma gradual y continua y los avances logrados son definitivos. Aunque se hacen esfuerzos para terminar el plan de salud con amplitud nacional, las experiencias adquiridas en la Región Central están permitiendo la aplicación paulatina de criterios y conceptos en las otras dos regiones.

El Centro Médico Regional, como punto de apoyo principal de la estructura integrada de atención médico-sanitaria de la jurisdicción regional, ya ha sido concebido en diseños arquitectónicos funcionales, recientemente aprobados por la AID. En la actualidad se preparan los últimos planos, proyectándose la obra final para 1964.

La construcción y el equipo de este Centro Médico serán financiados con fondos de préstamos de la Alianza para el Progreso. La organización téc-

nico-administrativa de esta institución estará basada en programas bien definidos y relacionados entre sí que abarcarán todas las actividades médico-sanitarias, con derivación jurisdiccional escalonada a todos los grupos de población. El servicio de más alta prioridad y mayor influencia socioeconómica, por su contacto directo con la masa de población atendida, tanto localmente como por referencia, será la consulta externa.

Alrededor del Centro Regional girarán centros médicos integrados, ubicados en las seis principales poblaciones, sedes cada una de ellas de un área médico-sanitaria. Estos centros médicos integrados de tipo urbano, con una capacidad de camas que oscila entre 60 y 100, son el resultado de la unión física y funcional del centro local de salud clásico y el hospital. En el área guía de Penonomé, cuyo desarrollo se inició en 1961 mediante el apoyo de los primeros fondos de la Alianza para el Progreso, se produce actualmente el fenómeno de integración médico-sanitaria en una forma efectiva, espontánea y gradual, convirtiéndose en un crisol en donde los asesores de la OMS y la AID participan con los profesionales panameños en una identidad de objetivos, criterios y propósitos, que han de asegurar la implantación definitiva de la metodología sobre la integración de las prestaciones médico-sanitarias.

El tercer plano jurisdiccional, en las poblaciones donde sólo existe un centro de salud con carácter preventivo, evolucionará hacia los mismos principios de atención integral en la salud, diversificándose los servicios en la forma que determinen las necesidades de la población atendida. Así, en este nivel habrá tres tipos de instituciones, a saber :

a) Centros médicos rurales integrados con consulta externa integrada; servicios limitados de camas para la atención del parto (Anexos maternales); cunas para niños preescolares e infantes (estación pediátrica), que por su estado agudo de enfermedad merezcan atención de tipo hospitalaria. Además de estos programas de atención médica, se atenderán en dichas instituciones los aspectos del medio ambiente relacionados con la salud.

b) Centros de salud con consulta externa integrada, anexo maternal y estación pediátrica, además de los programas de saneamiento ambiental.

c) Centros de salud solamente con consulta externa, estación pediátrica y programa de sanea-

miento ambiental. El criterio para no incluir en estos centros un Anexo maternal es su proximidad a algunos de los centros descritos anteriormente.

El cuarto plano de jurisdicción médico-sanitaria se proyecta hacia la población más diseminada y de acceso más difícil a los servicios de salud. En este nivel se desarrollan los subcentros de salud que, bajo la responsabilidad de una auxiliar de enfermería u oficial de salud, desarrollan programas limitados de atención médico-sanitaria, basados primordialmente en el trabajo de organización de la comunidad y con el apoyo periódico de visitas médico-sanitarias de itinerario, por personal de los otros niveles de jurisdicción.

Los cambios estructurales y la creación de nuevos establecimientos de salud han sido asegurados mediante una donación sustancial de la Alianza para el Progreso. La asistencia técnica, de incalculable valor para el desarrollo efectivo de este plan, y el apoyo financiero para la aportación de equipo y suministros, que garanticen el buen funcionamiento de la red de instituciones organizadas alrededor del Centro Regional—además de la maquinaria y equipo necesario para el programa de abastecimiento de agua en áreas rurales por parte del UNICEF,—aseguran el éxito de este plan, siempre y cuando el Gobierno Nacional, como se ha propuesto, asuma la responsabilidad que le corresponde, tanto en el adecuado mantenimiento de las instituciones como en el desarrollo de un vasto plan de adiestramiento de personal profesional y auxiliar. Dos convenios muy bien concebidos sientan las pautas para la utilización de estas ayudas internacionales.

El desarrollo de los programas básicos y especializados se efectúa como parte integral del plan antes enunciado y a medida que se vayan discutiendo en esta Conferencia los problemas de la tuberculosis, la malaria y el saneamiento ambiental, tendremos la oportunidad de referirnos más específicamente a ellos.

Sin embargo, al finalizar este informe hay que mencionar dos pilares fundamentales de la administración médico-sanitaria: el adiestramiento de personal, tanto profesional como auxiliar, y la educación en materia de salud.

Consideramos que la columna vertebral sobre la cual descansa la ejecución de planes y programas es la cantidad y calidad del personal disponible.

Para resolver este problema vital, nuestro Gobierno apoya un programa dinámico de adiestramiento que tiene en cuenta los requerimientos del incremento gradual de las prestaciones médico-sanitarias.

El otro pilar fundamental, es decir, el de la educación en materia de salud, es tan fundamental que ponemos en tela de juicio el éxito de programa alguno si el desarrollo de las actividades educativas, en todos los niveles, no se lleva a cabo con la intensidad que nuestros países demandan.

Todo esfuerzo, tanto nacional como internacional, que se haga a este respecto significa una inversión de alta calidad.

Para terminar, queremos dejar sentado que el progreso demostrado por mi país, sobre todo en los dos últimos años, se debe básicamente a un cambio radical en los criterios de administración médico-sanitaria, que se sintetizan en tres puntos básicos:

- 1) Planeamiento científico de las actividades de salud tomando en consideración las características y realidades nacionales.
- 2) Decisión en la ejecución, en todos los niveles, de los planes y programas adecuadamente concebidos; y
- 3) Aportación de recursos tanto humanos como financieros.

Finalmente, por las anteriores consideraciones, mi Gobierno tiene fe en que cuando se trata de grandes esfuerzos no importa la cuantía, y los esfuerzos que se hagan en materia de salud serán un factor básico que determinará el progreso socioeconómico del país, como base esencial de una verdadera justicia social.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. González Ruiz. Tiene la palabra el Delegado de Costa Rica.

#### *Informe de la Delegación de Costa Rica*

El Dr. TERÁN VALLS (Costa Rica): Vamos a hacer una breve exposición de los aspectos más destacados de la salud pública en nuestro país.

*Planificación.* Por decreto en junio de 1962 se creó en el Ministerio de Salubridad Pública una oficina para coordinar la planificación con la Oficina de Planeamiento Nacional. Se le asignaron los fines siguientes:

1) Establecer los objetivos a corto y largo plazo en materia de salud, dentro de la política general del Gobierno.

2) Definir la prioridad de los programas.

3) Coordinar los planes de acción ministerial, tendiendo a la integración de los servicios preventivos y asistenciales.

4) Establecer la secuencia en los planes de operaciones.

5) Evaluar periódicamente la situación de los servicios y el desarrollo de las campañas sanitarias.

6) Formular planes para la capacitación del personal.

*Nutrición.* La enfermedad nutricional constituye el flagelo de nuestra población a pesar de que la mortalidad general es del 9 por ciento. Más del 60 % de la mortalidad en los cinco primeros años de vida se debe, directa o indirectamente, a la desnutrición. Por tanto, el Gobierno ha decidido elevar a programa nacional la lucha contra la desnutrición, estimulando la educación dietética y extendiendo los planes de nutrición a la edad preescolar, todo ello en coordinación con los Ministerios de Agricultura, Educación, Economía y Trabajo.

Este programa ha sido estudiado y aceptado por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

*Agua y alcantarillados.* Por ley constitucional de la República, en abril de 1961 se creó el Servicio Nacional de Aguas y Alcantarillados. Aparte de su principal objetivo, este Servicio pondrá de manifiesto en forma constante la necesidad del saneamiento ambiental del país. En el aspecto económico está basado en los empréstitos de los organismos bancarios internacionales.

He de insistir en este aspecto del saneamiento ambiental, ya que fue una de las principales resoluciones de la última Reunión de Ministros de Salud Pública de Centro América y Panamá, celebrada en Guatemala.

*Poliomielitis.* En 1959 se inició el programa de vacunación antipoliomielítica por vía oral (con vacuna de virus vivo del tipo Cox). Se adoptó el plan de vacunación para todos los niños menores de 11 años.

*Viruela.* Hace 30 años que no se presentan casos de viruela, pero se calcula que menos de un 10 %

de la población se encuentra inmune. Por esta razón y debido al peligro de introducción de algún caso al territorio nacional, en los últimos años se han intensificado los programas de vacunación, habiéndose practicado 16.631 en 1958, 20.368 en 1959, 28.462 en 1960 y 78.138 en 1961, año en que se procedió a la vacunación en masa en todas las escuelas del área metropolitana. El programa prosigue en 1962.

*Tuberculosis.* En 1952, el coeficiente de mortalidad por esta enfermedad fue de 39,1 por 100.000 habitantes, descendiendo en 1961 a 7,9. De los fallecidos por tuberculosis en los últimos 10 años, el 89,7 % recibieron asistencia médica y el 73,1 % de las defunciones ocurrieron en los hospitales.

La morbilidad que indican los coeficientes por 100.000 habitantes, de casos nuevos descubiertos de tuberculosis activa, muestran una tendencia descendente, aunque la campaña ha intensificado la búsqueda de nuevos casos por medio de exámenes radiológicos masivos. En 1952, el coeficiente fue de 84,4 por 100.000 habitantes, en tanto que en 1961 quedó reducido a 39,3. La morbilidad infantil ha experimentado notoria disminución como reflejo del tratamiento en los adultos y de la campaña de vacunación con BCG iniciada en 1952.

*Leprosia.* Se inició el tratamiento en 1945, llegando a 1961 con 540 enfermos curados y habiéndose registrado en ese período solamente 18 recidivas. Desde luego, se espera controlar la endemia en el país.

En la actualidad se procede a organizar la rehabilitación física y psíquica de los pacientes. En el Sanatorio de las Mercedes hay ahora solamente 22 enfermos.

*Malaria.* En julio de 1962 se han cumplido cinco años de trabajo en el programa de erradicación, que consiste fundamentalmente en el rociamiento de las viviendas, complementado con el uso de drogas antimaláricas para el tratamiento preventivo y cura radical de los casos. Para el control de brotes epidémicos se emplea el tratamiento colectivo en áreas donde persiste la transmisión. El área malárica representa el 61,8 % de la superficie del país y comprende el 33,4 % de la población total.

En 1942 hubo 1.123 defunciones atribuidas a la malaria, 159 en 1952 y solamente 12 en 1961.

En el 65,5 % del área malárica se ha pasado a la fase de consolidación en el segundo semestre de 1962, lo que significa la suspensión de los rociamientos en el 53,1 % del total de las viviendas de dicha área, decisión tomada después de exhaustiva evaluación.

El Gobierno persiste en la idea de la erradicación, a fin de librar de la enfermedad a todo el territorio en un plazo estimado de tres años.

*Aedes aegypti*. Se inició la campaña de erradicación de este mosquito en 1949. En diciembre de 1959, el Ministerio suscribió un nuevo convenio con la OSP y la OMS para realizar la revisión final de la erradicación exigida por aquellas organizaciones y los convenios internacionales. En octubre de 1960 se completó la inspección de confirmación, pudiéndose comprobar que el *A. aegypti* había sido totalmente erradicado del territorio nacional. La OPS dio su aprobación a la revisión final de la erradicación en 1961. Se han establecido puestos de vigilancia en los puertos de entrada al país.

*Integración de los servicios de salud*. Debido a nuestra economía pobre, es imperativo de nuestro Gobierno unificar, integrar o coordinar los servicios de salud facilitados por los organismos estatales y otros autónomos, con el objeto de evitar la duplicación en el funcionamiento de los mismos. Habré de aprovechar en esta Conferencia las conversaciones con los señores Delegados a fin de obtener los datos y orientaciones convenientes para presentar un informe completo sobre esta materia al Presidente de la República.

Pero, señor Presidente y señores Delegados, puestos nuestros países en el camino de la erradicación de ciertas enfermedades, nos sigue preocupando el problema de la consolidación de esas conquistas sanitarias. Esta inquietud se ha manifestado en la VII Reunión de Ministros de Salud Pública de Centro América y Panamá, celebrada en Guatemala el 15 y 16 de este mes de agosto. Prueba de ello son las recomendaciones adoptadas que me voy a permitir leer a continuación. Creo contar con el apoyo de mis colegas de dichos países al pedir a esta Conferencia que refuerce, aceptándolas, como manifestación de un deseo de unificación de las actividades regionales de salud, las conclusiones a que llegaron los Ministros en la citada reunión.

No puedo terminar este somero informe sin ma-

nifestar el agradecimiento del Gobierno y del pueblo de Costa Rica por la ayuda recibida de la OSP y la OMS.

La labor en grupo realizada por destacados elementos de estas organizaciones internacionales conmueve por la humildad en la acción de los grandes hombres, y enaltece aún más el trabajo por ellos desarrollado, granjeándose cada día más la gratitud del Continente americano.

*Legislación sanitaria*. Esta cuestión acaba de ser objeto de dos importantes resoluciones en la VII Reunión de Ministros de Salud Pública de Centro América y Panamá a que he hecho referencia. Dicen textualmente así:

#### RESOLUCION 1

La VII Reunión de Ministros de Salud Pública de Centro América y Panamá,

Considerando:

Que la legislación sanitaria vigente en los países de Centro América y Panamá no llena en todos los países las finalidades para las que fue promulgada, de acuerdo con los conocimientos científicos modernos; y

Que es necesario actualizar esta legislación tomando en cuenta las peculiaridades de cada uno de los países,

RESUELVE:

a) Recomendar a la Oficina Sanitaria Panamericana que haga un estudio de los Códigos Sanitarios vigentes en los países de Centro América y Panamá, con miras a uniformar, en lo posible, esta legislación dentro de un Código Sanitario Centroamericano.

b) Recomendar a la Oficina Sanitaria Panamericana la asignación de expertos en los países de Centro América y Panamá que los soliciten, para colaborar en la elaboración de nuevos Códigos Sanitarios. Esto deberá complementarse con el otorgamiento de becas y la organización de cursos para personal dedicado a la actualización de los Códigos y su reglamentación y aplicación.

#### RESOLUCION 4

Los Ministros de Salud Pública de Centro América y Panamá,

Considerando:

Que es necesario intensificar y mejorar los métodos para el control sanitario internacional de enfermedades de interés para Centro América y Panamá; y

Que la legislación de cada país difiere en las medidas a tomar para el control de ciertas enfermedades,

RESUELVEN:

a) Recomendar a la Oficina Sanitaria Panamericana que se haga un estudio comparativo de las legislaciones sanitarias de los países de Centro América y Panamá en lo referente a malaria, enfermedades venéreas, rabia, control y vigilancia de la erradicación del *Aedes aegypti* y control de alimentos,

como primer paso para la elaboración de un Código Sanitario Centroamericano.

b) Delegar al señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala para que haga estas gestiones ante la Oficina Sanitaria Panamericana.

*Sistemas de agua potable para el medio rural.*  
La Reunión que acabo de mencionar adoptó a este respecto la siguiente resolución:

#### RESOLUCION 6

Los Ministros de Salud Pública de Centro América y Panamá,  
Considerando:

Que los sistemas de agua potable para el medio rural, por lo general, no son autofinanciables,

Que el costo *per capita* para la construcción de sistemas de agua potable de tipo urbano es considerablemente mayor que el costo *per capita* para los sistemas en el medio rural,

Que el hecho de que los sistemas en el medio urbano sean autofinanciables ha redundado en mayores inversiones para los sistemas del medio urbano, con detrimento de las inversiones para el medio rural,

##### RESUELVEN:

Recomendar que se hagan mayores inversiones para la construcción de sistemas de agua potable en el medio rural, en el que vive aproximadamente el 75 % de la población de Centro América y Panamá.

*Servicios integrados de salud.* Por último, voy a destacar la importancia que se atribuye en Centro América y Panamá a la integración de los servicios de salud, como lo revela la Resolución 7 adoptada en la mencionada Reunión de Ministros. Dice así:

#### RESOLUCION 7

Los Ministros de Salud Pública de Centro América y Panamá,  
Considerando:

Que se hace necesario integrar, unificar o coordinar los servicios médicos, preventivos y asistenciales dados por instituciones autónomas, semiautónomas y por el Estado,

##### RESUELVEN:

a) Recomendar que se tomen las medidas que correspondan con el objeto de lograr esa integración, unificación o coordinación en el orden nacional, y

b) Recomendar que sea el Ministerio de Salud Pública el que se encargue de la dirección de dichos servicios médicos, preventivos y asistenciales unificados, integrados o coordinados.

El PRESIDENTE: La Secretaría ha tomado nota de los acuerdos de la VII Reunión de Ministros de Salud Pública de Centro América y Panamá, expuestos por el señor Delegado de Costa Rica, para que la Oficina Sanitaria Panamericana haga un

estudio de los Códigos Sanitarios vigentes en dichos países con miras a uniformar esa legislación dentro de un Código Sanitario Panamericano. La Oficina dará cuenta oportunamente de su decisión en esta materia. El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

#### *Informe de la Delegación de Venezuela*

El Dr. GABALDON (Venezuela): Deseamos ampliar en forma resumida lo expuesto en relación con Venezuela en el documento *Resumen de los informes cuatrienales sobre las condiciones de salud en las Américas, 1957-1960.*

Dominados por la convicción de que, en los países en vías de desarrollo, uno de los problemas que más dificultan los progresos deseados en un campo dado es la carencia de un número suficiente de técnicos, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela ha puesto especial énfasis en la preparación de ellos a todos los niveles.

Uno de los pasos de mayor significado que ha dado el Ministerio en este sentido ha sido el de celebrar convenios con las universidades nacionales para que, por medio de subvenciones adecuadas y de traspaso de personal altamente calificado, se perfeccione la enseñanza de la medicina, particularmente la de la medicina preventiva, y la de la ingeniería sanitaria. En esta forma, el Ministerio considera que sus orientaciones sirven hoy de guía en la preparación de médicos e ingenieros sanitarios, quienes saldrán de sus respectivas escuelas con la preparación que el país requiere para atender los servicios públicos de esos campos. Como resultado de estos acuerdos, cinco de las seis escuelas de medicina en Venezuela han creado ya sus Departamentos de Medicina Preventiva y Social, en los cuales trabajan ya a tiempo integral 13 miembros del personal del Ministerio.

La Escuela Venezolana de Salud Pública fue creada en 1958 mediante acuerdo de la Universidad Central, quedando adscrita a su Facultad de Medicina. La Escuela se gobierna por las leyes y reglamentos universitarios y es sostenida con una contribución especial del Ministerio. Además de los cursos para médicos higienistas, equivalentes a los de "Master" en Salud Pública comunes a las instituciones de este tipo, esta Escuela dicta también cursos medios de salud pública y cursos de post-



grado en casi todas las grandes especialidades de la medicina, que son necesarias para asegurar una buena atención médica de la población. De este modo, la Escuela ofrece cursos de uno, dos o tres años según el caso, para la formación de médicos internistas, pediatras, cardiólogos, anatomopatólogos, radioterapeutas, cirujanos, anesthesiólogos, etc.

La Escuela de Malariología y Saneamiento Ambiental, sostenida por entero por la Dirección del mismo nombre, continúa dictando anualmente sus cursos internacionales. Pero en éstos se hizo una ampliación de las materias de estudio para englobar en ellos a todos los campos que en el sentido más lato se incluyen hoy bajo el nombre de salud o saneamiento ambientales. Esta es la Escuela de su tipo más antigua de la América y ha preparado a más de 400 especialistas en esa rama, entre los cuales figuran para honor nuestro, los actuales Jefes de las campañas de erradicación de la malaria en México y la Argentina, y hasta no hace mucho, el del Brasil.

El número de becarios universitarios para seguir cursos de postgrado alcanzó en 1961 un total de 501 pagados por el Ministerio que es para nuestro país una cifra muy alta. De organismos internacionales y de países extranjeros recibimos 38 becas para estudios de postgrado. Esa cifra añadida a las de personal subprofesional, enfermeras, inspectores sanitarios, técnicos de laboratorio, etc., eleva a 2,330 el número de personas que en 36 cursos se capacitaron para la actividad durante ese año. Ello representa una suma equivalente al 12 % del total del personal empleado en el Despacho.

El programa nacional de la vivienda rural, creado en el cuatrienio que se comenta, ha alcanzado un desarrollo efectivo y se lleva a cabo en más de 200 pueblos y aldeas, algunas de las cuales son enteramente nuevas. Este programa, decretado en 1958, pero que comenzó su desarrollo efectivo en 1959, ya tiene una capacidad de producción de 800 casas al mes. Esas viviendas, construidas con piso de cemento, paredes de bloques de tierra-cemento, concreto o arcilla cocida, y dotadas de agua corriente que permite el funcionamiento de baños y excusados de agua, constituyen habitaciones superiores a las que se encuentran en los suburbios menos favorecidos de las grandes ciudades. Además del significado sanitario que esto implica, sirven también para que, aunadas a otras políticas de protección a los habi-

tantes del medio rural, retarden la migración del habitante del campo a las zonas urbanas, lo que tiene una repercusión social muy grande. En efecto, el hombre rural subempleado puede continuar llevando una vida relativamente tolerable si se compara con lo que significa llegar a ser un desempleado en la ciudad. Tal hecho es de particular importancia en estos tiempos, en que dado el exagerado aumento que tiene nuestra población, el crear oportunidades de trabajo para ellos se hace cada día más difícil.

El programa de acueductos rurales, que al igual que el programa de vivienda rural, se lleva a cabo por intervención directa del Ministerio, en poblaciones menores de 5.000 habitantes, está alcanzando también un gran desarrollo. Este programa se ejecuta en cooperación con los distintos Estados de la República, pero es programado, proyectado y supervisado por el servicio correspondiente del Ministerio. Debo de lamentar, sin embargo, la tardanza en recibir la primera entrega del crédito de diez millones de dólares que figura en el Informe Cuadrienal del Director como aprobado en 1961 por el Banco Interamericano de Desarrollo para este programa.<sup>1</sup>

Finalmente, me complace participar que el objetivo de aumento en seis meses cada año de la esperanza de vida al nacer, que fue adoptado en la Carta de Punta del Este en agosto de 1961, es el mismo que he puesto como meta desde que llegué a Ministro en 1959, como se puede leer en la exposición de la Memoria que de las labores de ese año presenté al Congreso Nacional. Debido al retraso en conocer las cifras de distribuciones de población para los distintos grupos de edad obtenidas en el censo de 1961, no se ha podido todavía calcular las respectivas tablas de mortalidad para poder determinar el adelanto que hemos hecho en la esperanza de vida al nacer. Pero la reducción de las cifras de mortalidad que se han conseguido en estos últimos años, nos hace pensar que el objetivo propuesto está siendo alcanzado.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Gabaldon. Dado lo avanzado de la hora vamos a levantar la sesión.

*Se levanta la sesión a las 17 h. 30 m.*

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 43, 41.

## QUINTA SESION PLENARIA

*Viernes, 24 de agosto de 1962, a las 9 horas*

*Presidente: Dr. JOSÉ ALVAREZ AMÉZQUITA (México)*

**Saludo del Senador por el Estado de Minnesota, Sr. Hubert H. Humphrey, a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana**

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. Se ha recibido un telegrama del Senador por el Estado de Minnesota, señor Hubert H. Humphrey, en relación con esta Conferencia, y, por tanto, voy a rogarle al Dr. Sutter que dé lectura al mismo.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): El telegrama dice así (*traducción del inglés*): "Le agradeceré exprese a los Ministros de Salud y demás distinguidos participantes en la Conferencia mi más caluroso saludo personal. En sesión pública del Senado he tenido el placer de rendir homenaje a la Organización Panamericana de la Salud por sus magníficos servicios en pro de la salud de los pueblos del Hemisferio. Espero que usted y sus colegas me informen sobre lo que estoy seguro constituirán resultados sobresalientes de esta Conferencia. Sinceramente, Hubert H. Humphrey".

El PRESIDENTE: Me permito proponer que el Director de la Oficina envíe al Senador Humphrey un telegrama agradeciendo, en nombre de los participantes en la Conferencia, su cordial saludo.

*Así se acuerda.*

**Tercer Informe de la Comisión de Credenciales**

El PRESIDENTE: Se va a presentar el tercer informe de la Comisión de Credenciales. Tiene la palabra el Dr. Romero Alvergue, Presidente y Relator de dicha Comisión.

El Dr. ROMERO ALVERGUE (El Salvador, Presidente y Relator de la Comisión): El informe dice lo siguiente:

La Comisión de Credenciales, integrada por los señores Delegados del Ecuador, El Salvador y Venezuela, celebró su tercera sesión el día 24 de agosto de 1962. La Comisión examinó y encontró aceptables las credenciales de las Delega-

ciones de Haití y Perú ante la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a este informe? No habiéndola, lo damos por aprobado.

*Queda aprobado el tercer informe de la Comisión de Credenciales.*

**Tema 1.10: Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1958-1961) (conclusión)**

*Proyecto de resolución*

El PRESIDENTE: El Dr. Sutter va a dar cuenta seguidamente de dos proyectos de resolución preparados por la Comisión General sobre los informes presentados por el Director de la Oficina.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): El proyecto de resolución sobre el Informe Cuadrienal dice así:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el Informe Cuadrienal del Director de la Oficina sobre las actividades de la Organización Panamericana de la Salud durante el período comprendido entre la XV y la XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas (*Documento Oficial No. 43*); y

Considerando lo dispuesto en el párrafo F del Artículo 4 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

**RESUELVE:**

Aprobar el Informe Cuadrienal (enero de 1958-diciembre de 1961) del Director a los Gobiernos de la Organización Panamericana de la Salud, felicitándole por la eficiente labor realizada durante los últimos cuatro años y por la forma de presentación del informe, y haciendo extensiva esta felicitación al personal de la Oficina.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a este proyecto de resolución? ¿Ninguna? Queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Resolución V. *Documento Oficial de la OPS 48, 11.*

**Tema 1.10.1: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1961 (conclusión)**

*Proyecto de resolución*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): El proyecto de resolución sobre el Informe Anual dice lo siguiente:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, correspondiente al año 1961 (*Documento Oficial No. 44*); y

Considerando lo dispuesto en el párrafo F del Artículo 4 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

Aprobar el Informe Anual del Director de la Oficina, correspondiente a 1961 (*Documento Oficial No. 44*), felicitándole por la excelente labor realizada durante el año y haciendo extensiva esta felicitación al personal de la Oficina.

El PRESIDENTE: ¿Están ustedes de acuerdo con este proyecto de resolución? No habiendo observación alguna, lo consideramos aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

**Tema 1.13: Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas (continuación)**

El PRESIDENTE: Vamos a continuar el examen de los informes de los señores Delegados sobre la labor desarrollada en materia de salud en sus respectivos países. Tiene la palabra el Delegado de El Salvador.

*Informe de la Delegación de El Salvador*

El Dr. ROMERO ALVERGUE (El Salvador): La Delegación de El Salvador desea informar brevemente sobre algunas condiciones y actividades ocurridas en el país durante el cuatrienio de 1958-1961.

La tasa de nacimientos se mantiene alta, ya que a fines de 1961 era de 46 por 1.000 habitantes. La tasa de mortalidad disminuyó de 13,7 por 1.000 en 1958 a 11 por 1.000 en 1961, y lo mismo ocurrió con la mortalidad infantil, que descendió de 87 por 1.000 en 1958 a 70 por 1.000 en 1961. Se ha mejorado la certificación médica de las defunciones, ya que en 1958 se certificó el 15 % de aquéllas, en tanto que en 1961 la proporción ascendió al 20 por ciento.

Entre las principales causas de muerte no aparecen algunas enfermedades transmisibles, y entre las más importantes hay una tendencia a disminuir, como, por ejemplo, las diarreas y enteritis. Se considera que a esta disminución contribuye el mayor número de consultas y el uso de medicamentos más eficientes. Creemos que la morbilidad por enfermedades transmisibles es alta, y como causas principales figuran las diarreas y enteritis, la tos ferina, la tuberculosis, las enfermedades venéreas, el sarampión y el tétanos, sobre todo el neonatórum.

Nuestros programas de prevención por medio de vacunas aún están a un nivel muy bajo en las 69 poblaciones donde hay servicios locales, y son nulos en el resto del país (50 % de la población), donde no existen servicios. El paludismo sigue siendo un problema, como se expondrá al examinarse este tema.

El *Aedes aegypti* quedó erradicado en 1959, y se continúa con la fase de vigilancia, de acuerdo con el programa elaborado con el asesoramiento de la OSP.

De acuerdo con el total de nacimientos, se atiende al 30 % de embarazadas y recién nacidos, con un promedio de tres consultas por caso. En esta actividad está incluida la distribución de leche y compuestos férricos a embarazadas, madres desnutridas y niños en edad preescolar.

Se ha dado una nueva estructura a la regionalización de los servicios locales, reduciéndose de siete a cuatro el número de regiones, las cuales están dirigidas por un médico, un ingeniero, una enfermera y un inspector, todos con estudios especiales y trabajando a tiempo completo. Ha continuado la integración de los servicios curativos y preventivos, habiéndose entregado dos hospitales más, para formar un grupo de nueve centros de salud y, además, se ha iniciado la integración de tres grandes hospitales del área metropolitana, que formarán el centro médico.

<sup>1</sup> Resolución VI. *Documento Oficial de la OPS* 48, 11-12.

Se ha creado el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación para atender a débiles mentales, sordomudos, ciegos y pacientes del aparato locomotor.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene 770 plazas para médicos, 1.741 para enfermeras, 3.355 para auxiliares de enfermería y 43 para odontólogos.

De acuerdo con las resoluciones del Consejo Directivo de la OPS, el citado Ministerio promovió la creación de la Asociación de Acueductos y Alcantarillas, la cual ya ha recibido un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo y se encargará de los abastecimientos en las zonas urbanas y rurales. Durante los cuatro años a que se refiere el informe, se establecieron 80 servicios de agua potable en las zonas rurales. Se ha mantenido el programa de construcción de letrinas que ha producido 20.000 en dicho período.

A solicitud del Ministerio, la OSP ha facilitado los servicios de un consultor para modificar el Código de Sanidad, anteproyecto ya terminado; además se solicitó un consultor para evaluar las actividades del Ministerio, y se espera el informe para utilizarlo en el planeamiento de nuestras futuras actividades, que serán dirigidas por el Comité Técnico de Planificación y Evaluación, que ya se ha establecido.

El adiestramiento y la educación han sido objeto de especial interés de parte del Ministerio, y así de la Escuela de Medicina, que ha sido reorganizada, se gradúan un promedio de 30 a 35 médicos por año, y de cuatro a seis tecnólogos médicos también por año. Por otra parte, hay una promoción anual de 150 auxiliares de enfermería y de 35 enfermeras graduadas.

Se mantiene la preparación de enfermeras e inspectores sanitarios por medio de la Escuela de Capacitación Sanitaria; el 70 % de los actuales inspectores son bachilleres o maestros. También prosigue el adiestramiento durante el servicio a través de las Direcciones Regionales.

Aprovechamos esta oportunidad para felicitar al señor Director y al personal de la OSP por su labor efectiva y por la magnífica presentación del Informe Cuadrienal, del Informe Anual y del Resumen sobre las condiciones de salud en las Américas, que serán de gran utilidad para nuestras actividades. Al mismo tiempo, agradecemos la colaboración que hemos recibido del UNICEF, AID, Fundación W. G. Kellogg, FAO, Fundación Rockefel-

ler, Banco Interamericano de Desarrollo, UNESCO y, especialmente, de la OMS y de la OSP.

Nuestro Gobierno siempre ha demostrado su interés por la colaboración internacional, y en la Reunión de Ministros de Salud Pública de Centro América y Panamá, al considerar la semejanza de problemas, de cultura, de economía, en una misma área geográfica indivisible, estimamos que la solución de los problemas de salud debe ser abordada en un plano regional para Centro América y Panamá.

Para terminar, agradezco a los Estados Unidos de América, México, Guatemala, Puerto Rico, Costa Rica, Venezuela, Brasil y Argentina su hospitalidad y ayuda a los becarios de nuestro país.

EL PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Romero Alvarez. Tiene la palabra el Delegado de Guatemala.

#### *Informe de la Delegación de Guatemala*

El Dr. AZURDIA (Guatemala): El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de mi país fue reorganizado totalmente dentro de este período de tiempo, debiéndose señalar como algo especial el logro de la transformación de una anterior estructura administrativa horizontal en la pirámide clásica, para lograr un funcionamiento óptimo y un escalonamiento necesario.

Dentro del plano ministerial se encuentran cinco departamentos con sus respectivas divisiones, secciones y servicios. Dichos departamentos son los siguientes: Planificación y Evaluación, Abastos y Suministros, Supervisión, Personal y Finanzas y Contabilidad. Son dependencias normativas para los niveles subalternos y de asesoramiento para el Ministerio. A través de un canal ejecutivo, el Ministerio enlaza con dos grandes servicios: la Dirección de Servicios Preventivos y la Dirección de Servicios Asistenciales.

La Dirección General de Sanidad Pública, dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha operado durante los últimos cuatro años como una organización administrativa que sigue el sistema escalonado, en virtud del cual se establece fácilmente una administración jerárquica con líneas bien definidas de autoridad y responsabilidad ascendentes y descendentes a través de varios planos, en donde cada funcionario tiene relación y responsabilidad hacia arriba con un solo jefe y a

través de él con los jefes de niveles más elevados y con el Director General.

En virtud de ello, entre las cinco divisiones que comprende la Dirección General de Sanidad Pública figura una—la División de Servicios Locales—que tiene carácter ejecutivo para el trabajo de campo efectuado a través del Departamento de Centros de Salud, que actúa como canal único para el desarrollo de los programas. De las otras cuatro Divisiones, tres son normativas, encargadas de fijar las técnicas en sus respectivos campos, de tal manera que, una vez aprobadas por la Dirección, siguen el canal ejecutivo; son las Divisiones de Epidemiología, de Servicios Técnicos Generales y de Saneamiento Ambiental. La División de Administración tiene carácter auxiliar para facilitar las labores de toda la institución en la mecánica administrativa.

La creación de la División de Servicios Locales impuso la necesidad de distribuir el territorio del país en siete regiones sanitarias, cada una de las cuales está confiada a un equipo de personal especializado. Este equipo tiene como misión orientar, supervisar y evaluar los programas de los centros de salud, así como tramitar y supervisar la correcta aplicación de todas las normas que recibe a través de la División de Servicios Locales.

Para que la reorganización descrita funcionara correctamente, se hizo necesaria la selección de un personal técnicamente competente, que pudiera aplicar en forma adecuada los conocimientos esenciales de la administración de salud pública. Por ello fue preciso adiestrar más personal.

A nivel nacional se han adiestrado en la Escuela de Salud Pública médicos, enfermeras, inspectores de salud, auxiliares de enfermería, odontólogos, auxiliares de laboratorio y comadronas. También es digno de mención el programa de preparación de comadronas empíricas (parteras tradicionales). Esto se ha realizado en las áreas rurales. A nivel nacional y en conexión con entidades internacionales, tales como la Oficina Sanitaria Panamericana y la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos de América, se tramitaron y consiguieron becas para médicos, odontólogos, enfermeras, educadores en materia de salud, inspectores de salud, y nutricionistas que realizaron su preparación específica en universidades de los Estados Unidos de América, Puerto Rico, México, Brasil y Santiago de Chile.

El desarrollo progresivo de las actividades en los

centros de salud y subcentros rurales ha provocado el aumento de gastos superando a los previstos en presupuestos anteriores. Parte de este incremento se ha cubierto con los ingresos procedentes del cobro de veinticinco centavos de quetzal que actualmente se realiza por consulta en los mencionados centros, en virtud de una ley, y previo estudio social de los atendidos.

Los índices de mortalidad han disminuido sensiblemente en Guatemala; también resulta paralelamente demostrativa la prevalencia, entre las causas de mortalidad, de las originadas por parasitosis y trastornos gastrointestinales agudos, de lo cual se infiere que para reducir al mínimo el índice de mortalidad por estas causas se impone la necesidad de incrementar y sostener los programas de educación en materia de salud, saneamiento ambiental (especialmente en instalación de letrinas) y protección maternoinfantil. En cuanto a la malaria, que antes ocupaba un lugar muy alto entre las causas, no sólo de morbilidad sino también de mortalidad, la enfermedad ha disminuido asombrosamente gracias a las actividades del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, las cuales se están llevando a cabo hasta un límite que promete augurar para un futuro muy próximo la completa eliminación de la misma en el país. Actualmente el programa está a cargo del Gobierno de Guatemala, contando con la valiosa ayuda técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana. A pesar de que los resultados obtenidos por Sanidad Pública durante los últimos cuatro años son muy satisfactorios, no debe desconocerse la necesidad y urgencia de reforzar las actividades con nuevos elementos de trabajo, especialmente mayor número de personal adiestrado, equipo estandarizado y eficiente y, sobre todo, para algunas divisiones como la de Saneamiento Ambiental, la asignación de partidas presupuestarias suficientes, debido a que es preciso llevar a cabo innumerables obras que le competen y cuya programación es impostergable.

También podría decirse que una de las causas que retarda en cierta forma el progreso de las labores de la Institución es la deficiencia de las leyes sanitarias vigentes, lo que indica la necesidad de expedir cuanto antes el nuevo Código Sanitario y sus reglamentos complementarios.

De acuerdo con la recomendación de la VII Reunión de Ministros de Centro América y Panamá; mi Gobierno está en disposición de gestionar ante la Oficina Sanitaria Panamericana la organización

de un curso para adiestrar en salud pública a uno o más profesionales en leyes, quienes serán los encargados de elaborar el Código Sanitario y asesorar al Ministerio y sus dependencias en los aspectos jurídicos correspondientes.

En lo que respecta a Asistencia Social, la autoridad responsable y dependiente del Ministerio es el Director General de Servicios Asistenciales. Aquí se encuentran incluidos todos los hospitales de la República e instituciones de asistencia. Para la atención de los enfermos se cuenta con unidades hospitalarias de tipo general y especializado. El número total de camas en las instituciones dependientes del Gobierno es de 8.741, que permitieron atender a 1.240.000 enfermos en el cuatrienio que nos ocupa.

El problema de la tuberculosis ha merecido especial atención por parte del Gobierno. Para el desarrollo de los programas se ha contado con el asesoramiento de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana, y con la colaboración económica del UNICEF. En la gran cruzada de vacunación antituberculosa, efectuada en 1958, se verificaron 2.286.940 pruebas tuberculínicas en personas de ambos sexos y de todas edades, lo que representa el 69 % de la población.

El tratamiento de la tuberculosis activa se ha conificado tradicionalmente a dos tipos de organismos: el dispensario y el hospital. El dispensario está dedicado a las siguientes actividades: a) localización de contactos; b) asistencia ambulatoria; y c) vigilancia en los hogares de los enfermos. Se tiene planeada la participación de los centros de salud en los programas.

El hospital alberga a aquellos pacientes que, por la gravedad de su estado y por dificultades de orden económico, no pueden ser tratados en sus hogares; en el hospital se les aplican métodos terapéuticos completos y tratamientos quirúrgicos.

En septiembre de 1958 se inauguró el programa de lucha antituberculosa en masa, habiéndose desarrollado en varios departamentos de la República que representan la séptima parte de la población total del país. Estas actividades se están prosiguiendo actualmente en cuatro departamentos más, que representan otra séptima parte de la población.

La atención que se facilita en los diferentes dispensarios antituberculosos es la siguiente: a) exámenes fotofluoroscópicos; b) exámenes de laboratorio; c) distribución de medicamentos especializa-

dos; d) aplicación hipodérmica, y e) distribución de leche.

El número de camas para la atención de enfermos de esta especialidad, en tres hospitales y 20 unidades asistenciales, es de 1.547, calculándose que se necesitan 2.500 en toda la República.

Guatemala fue sede del XIII Congreso Panamericano de Tuberculosis de la Unión Latinoamericana de Sociedades de Tisiología, que fue organizado por la Asociación Centroamericana de Tisiología y se celebró del 8 al 12 de julio del año en curso, habiéndose adoptado valiosas recomendaciones que ya empiezan a cumplirse.

El ramo de Asistencia Social cuenta con dos escuelas de enfermería; una en la capital y otra en la ciudad de Quezaltenango. La dirección de ellas está a cargo de religiosas especialistas en la materia.

La Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala recibe el asesoramiento de organismos internacionales. Su nivel de prestigio es elevado y desde su iniciación ha contado entre sus alumnas a personas de los países hermanos de Centro América y Panamá. Desde el año pasado ha quedado adscrita a dicha Escuela la Oficina Central para el adiestramiento de auxiliares de enfermería de ambos sexos.

Compenetrado de la importancia que revestían, el Gobierno de la República ha patrocinado—aportando además su colaboración económica—los siguientes congresos científicos: cuatro Congresos Nacionales de Medicina; III Congreso Centroamericano de Ginecología y Obstetricia (diciembre de 1958); IX Congreso Internacional de Pediatría (19 a 25 de julio de 1959); II Congreso Centroamericano de Dermatología (5 a 8 de noviembre de 1959); II Congreso Centroamericano de Radiología; VI Congreso Centroamericano de Tisiología (7 a 10 de abril de 1960); Primer Congreso Médico Social y Científico (celebrado en la capital, del 10 al 15 de julio de 1961); y XIII Congreso Panamericano de Tuberculosis (8 a 12 de julio de 1962).

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Azurdía. Tiene la palabra el Delegado del Reino de los Países Bajos.

*Informe de la Delegación del Reino de los Países Bajos*

El Dr. VAN DER KUYP (Reino de los Países Bajos) (*traducción del inglés*): Agradezco la oportunidad

que se me ofrece de presentar un informe acerca de las condiciones de salud en Surinam y de los progresos logrados en los últimos cuatro años.

*Información general.* Surinam, una de las cinco Guayanas, está situada en la costa nordeste de América del Sur. El clima predominante es el de la selva tropical de fuerte precipitación pluvial. Las fuentes principales de ingresos son la agricultura, las minas de bauxita, la silvicultura y las industrias manufactureras.

*Población.* A fines de 1961 la población total ascendía a unos 300.000 habitantes, de los cuales el 38 % eran criollos, el 32 % hindúes, el 15 % indonesios y el 10 % negros bosquimanos. Entre otros grupos raciales y nacionales figuraban americanos, amerindios, chinos, europeos, judíos y libaneses. Se hace el distingo porque los diversos grupos difieren en religión, cultura y características económicas, relaciones sociales, hábitos en materia de salud y alimentación y tasas de natalidad, enfermedad y mortalidad. Alrededor del 85 % de la población vive en la zona costera; el 38 % está concentrada en la capital.

En el área acerca de la cual se informa, la tasa de natalidad en 1961 fue de 46,4 por 1.000 habitantes y la de mortalidad de 8,5. Por consiguiente, el exceso de nacimientos ascendió a 37,9 por 1.000 habitantes. La tasa de mortalidad infantil fue de 43,9 por 1.000 nacidos vivos.

*Cambios en la organización de salud.* En lo que respecta a los cambios en la organización de las actividades de salud, los Departamentos de Salud Pública y de Asuntos Sociales se han fusionado formando un solo Ministerio, lo cual permite a ambos servicios mantener una cooperación más estrecha.

La mayoría de las secciones de la Oficina de Salud Pública se han centralizado en dos grandes edificios. Se ha agregado al personal un Director adjunto, un bioestadístico, un educador sanitario, un educador sanitario auxiliar, un nutricionista, un dietista y cuatro enfermeras de salud pública, todos los cuales, salvo el Director adjunto, han recibido becas de la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos de América. Además, el Gobierno ha inaugurado 11 nuevos servicios de higiene maternoinfantil en los distritos rurales.

En la capital, las Sociedades de la Cruz Verde y Blanquigalda han aumentado asimismo el número de sus consultorios y la Sociedad de Diaconisas ha establecido dos servicios de consulta.

En 1961 se estableció un laboratorio de salud pública, que comprende una división de bacteriología, serología y virología, una sección de química y una división de parasitología. El Instituto Surinam—Países Bajos de Salud Pública colaborará en la labor de investigación que se va a realizar en dicho laboratorio.

Un abogado ha sido adscrito a los Servicios Médicos. Se han enmendado o puesto en vigor disposiciones legislativas con respecto al servicio anti-leproso; la clasificación de enfermedades, traumatismos y causas de defunción; el adiestramiento de enfermeras; reglamentaciones relativas a las enfermeras; la pasteurización y distribución de leche, etc.

Seis nuevos distritos médicos permanentes se han añadido a los servicios médicos para los habitantes del interior; para éstos se han construido dos hospitales y 14 clínicas modestas para pacientes ambulatorios.

En la capital, el Gobierno está edificando un nuevo hospital y la Sociedad de Diaconisas construye otro.

*Nutrición.* En materia de nutrición, se llevó a cabo una encuesta dietética de seis semanas de duración que abarcó a 702 familias, y un total de 4.597 personas, que vivían en sectores urbanos y rurales y representaban los tres grupos raciales más importantes y seis grupos de distintos ingresos económicos.

La encuesta demostró que, en Surinam, país tropical, donde los gastos de vivienda, mobiliario, calefacción, servicio doméstico, seguros, impuestos, educación, entretenimiento y actividades culturales no son tan elevados como en los países de las zonas templadas, la suma que se invertía en alimentos y bebidas alcanzaba un promedio del 53,9 % de los gastos totales.

Si bien la ingestión de alimentos era, en general, aceptable, la cantidad de carne, huevos, leche y productos lácteos utilizada resultaba insuficiente. Se contaba con suficientes calorías, proteínas de origen vegetal, hidratos de carbono, fósforo, hierro, vitamina A, tiamina, niacina y vitamina C, pero las cantidades de proteínas de origen animal, calcio y riboflavina resultaban inadecuadas.

Por otra parte, cuanto mayores eran los ingresos económicos, mayor era la ingestión de alimentos, bebidas, calorías y nutrientes. Estos hallazgos han sido confirmados por las hojas de balance de alimentos y los estudios bioquímicos llevados a cabo por Luyken y su esposa entre los indonesios de Surinam. El promedio de alcohol consumido *per capita* era de 1,3 gramos por día.

El adulto consumía un promedio de tres cigarrillos, 211 cigarrillos y 1.035 gramos de tabaco al año.

De acuerdo con las normas del INCAP, los resultados, expresados en porcentajes, fueron los siguientes: calorías, 125; proteínas, 102; calcio, 47; hierro, 165; vitamina A, 111; tiamina, 138; riboflavina, 53; niacina, 116, y ácido ascórbico, 127.

Se ha establecido una nueva central de pasteurización de leche, una fundación para la distribución de leche a los niños de Surinam y un comité nacional de nutrición.

*Abastecimiento de agua.* La capital cuenta con un excelente servicio de abastecimiento de agua, que ha sido ampliado para mantenerlo a la altura del crecimiento de la ciudad.

El número de bacterias no patógenas por milímetro alcanzaba un promedio de 8; en el primer semestre de 1962 este promedio fue solamente de 1,6. La *Escherichia coli* no se ha encontrado nunca en el agua. Si bien el contenido de yodo es insignificante, todavía no se han notificado casos de bocio endémico, probablemente porque el consumo de pescado es suficiente. Por otra parte, la prevalencia de caries dentales es muy elevada, siendo muy bajo el contenido de flúor del agua.

Los establecimientos mineros de bauxita y algunas grandes localidades disponen asimismo de buenos sistemas de abastecimiento de agua. Las ciudades más importantes de las fronteras oriental y occidental del país (Albina y Nickerie) cuentan con servicio de agua corriente.

Con la ayuda de la Agencia para el Desarrollo Internacional se han construido numerosos pozos de agua potable en las colectividades rurales. En el resto del país, la población dispersa utiliza agua de lluvia, si se puede obtener; en caso contrario, recurre a aguas superficiales y subterráneas.

*Eliminación de aguas servidas.* En la capital, el número de fosas sépticas y zanjas de oxidación ha aumentado en un 53 % en los últimos cuatro años. Este aumento puede atribuirse a la reciente

disposición legal que exige la instalación de tanques sépticos en todas las casas de nueva construcción. Muchas casas viejas tienen tan sólo letrinas primitivas.

Las aguas servidas se vierten en el río Surinam, que es suficientemente grande para purificarlas. El agua de lluvia se elimina de patios y calles por medio de tuberías subterráneas y también de zanjas. Se han realizado bastantes progresos en la labor de substituir estas zanjas de desagüe abiertas por otras cerradas.

En las minas de bauxita, el sistema de alcantarillado es satisfactorio. Con la ayuda de la AID se están vendiendo a precio de costo losas de letrinas prefabricadas a los habitantes de las zonas rurales, y en las zonas infestadas por el *Schistosoma* se facilitan gratuitamente letrinas completas prefabricadas con cañería.

*Enfermedades infecciosas y parasitarias.* Las enfermedades infecciosas y parasitarias más comunes son la malaria, la esquistosomiasis, la anquilostomiasis, la ascariasis, la wuchereriosis, la tricuriasis, la enterobiasis, el tracoma, la frambesia y las enfermedades venéreas.

Las enfermedades de carácter secundario son la tuberculosis, la lepra, la shigelosis, la amibiasis, la fiebre tifoidea y otras salmonelosis.

*Lepra.* En cuanto a la lepra, como el número de pacientes en los tres leprosarios había disminuido a 210 el 31 de diciembre de 1961, se ha nombrado una comisión para estudiar la centralización de dichas instituciones.

Se ha inaugurado un centro de rehabilitación, destinado a los pacientes. Después de haber obtenido una beca de la OSP/OMS que le permitió trasladarse a los Estados Unidos de América y a Venezuela, el leprólogo jefe inició un estudio de inoculación en animales con bacilos de lepra.

*Esquistosomiasis.* En Surinam, la esquistosomiasis va únicamente a la zaga de la malaria en cuanto a su importancia económica y social. Sin embargo, parece probable que este orden de precedencia quede invertido en un futuro cercano, cuando la malaria haya sido erradicada. La enfermedad es endémica en los sectores habitados de la región pantanosa central del norte de la zona costera, especialmente donde se encuentran arrecifes de conchas. El *Taphius glabratus* es el gasterópodo



huésped. La superficie infestada abarca alrededor de 1.200 Km<sup>2</sup>, o sea, el 0,75 % de la extensión superficial del país. Un mayor uso del terreno podría poner en peligro otros 3.200 Km<sup>2</sup>, es decir, el 2 % de la superficie. Las migraciones en masa están favoreciendo la propagación de la enfermedad.

El examen de un solo espécimen de heces de 10.356 habitantes de los sectores rurales situados al norte y oeste de la capital, revelaron un índice de *Schistosoma mansoni* del 12,7 %; al nordeste de la ciudad el índice fue del 1,9 % en 5.547 personas. En el distrito de Saramacca un examen de 8.943 individuos reveló un índice del 22,9 %. Se está llevando a cabo una encuesta colectiva en otras zonas infestadas. El porcentaje total de vectores de esquistosomas se estima aproximadamente en un 3,3 % de la totalidad de la población. La mayoría de estas personas adquieren la infección en los arrozales. Por consiguiente, puede considerarse que en Surinam la esquistosomiasis es una enfermedad endémica ocupacional. Como el arroz constituye el principal artículo alimenticio del país, así como el más importante producto agrícola de exportación, la esquistosomiasis constituye no sólo un problema de salud pública muy grave, sino también un problema de carácter económico.

*Wuchereriasis*. Esta enfermedad, causada por *bancrofti*, solía ser una de las más temibles en la zona urbana de Surinam. En el período de 1949-1951 la tasa de infección en 50.861 habitantes de la capital fue del 17,4 por ciento.

Después de una campaña en gran escala, que comprendió la educación sanitaria del público, rociamiento de casas con insecticidas de acción residual, provisión de mosquiteros a la población sin recursos, y tratamiento colectivo con hetrazán, la tasa de microfilarias se redujo al 8,4 % en 67.692 personas examinadas durante el período de 1957-1961.

La tasa parasitaria correspondiente al *Culex quinquefasciatus* se redujo del 25,6 % en 1949 al 0,5 % en 1961. De 2.625 mosquitos examinados sólo uno tenía una larva en su trompa.

En una extensa encuesta por muestreo, la tasa de microfilarias en niños menores de 10 años disminuyó del 10,2 al 3,2 %, y en los menores de 5 años, del 4,8 al 1,0 por ciento.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. van der Kuyp. Tiene la palabra el Delegado de México.

#### *Informe de la Delegación de México*

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México): En vista de que es materialmente imposible sintetizar y decir a ustedes en unos cuantos minutos lo que el pueblo de México y su Gobierno realizaron desde que tuvo lugar la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, me limitaré a señalar solamente algunos puntos del programa de salud pública de México llevado a cabo en los dos últimos años que no se encuentran en el resumen cuadrienal publicado.

*Paludismo*. La campaña de erradicación ha continuado con toda intensidad bajo el cuidado personal del señor Secretario, Dr. José Alvarez Amézquita, actualmente nuestro Presidente, que semanalmente nos reúne para analizar caso por caso, de manera que no escapa a su atención ninguna de las disposiciones que el grupo de técnicos ejecutivos aplica en materia de control de la malaria.

De los dos millones de kilómetros cuadrados que mide nuestro país, siguen libres de este padecimiento 860.000 Km<sup>2</sup>; en comparación con los dos millones y medio de casos que hace seis años se notificaban anualmente en México, este año sólo se notificaron 13.458 casos. Sin embargo, la campaña de erradicación del paludismo se encuentra en la etapa que consideramos más difícil, ya que, no obstante la disminución señalada, la enfermedad se está refugiendo en las poblaciones de menos de 100 habitantes, en las serranías, en las selvas, en los lugares de más difícil acceso y en donde muchas veces no existen casas que rociar. Por lo tanto, dadas las peculiaridades del problema, los propios funcionarios de la campaña, tanto nacionales como internacionales, han modificado algunos procedimientos y técnicas que estimamos pueden ser de utilidad para las campañas que se realizan en otros países.

La evaluación en materia de malaria, en lugar de hacerse en el 10 % de las comunidades, se está realizando ahora en un 20 %, dividiéndose las zonas en zonas problema, zonas de vigilancia y zonas de consolidación, de tal manera que la acción que se lleva a cabo no es ya como la que se realizaba en los primeros años de cobertura total, sino que la técnica que en ella se utiliza ha cambiado por completo en estos últimos años.

Como en todos los países aquí representados se realizan campañas de erradicación, me parece innecesario entrar en detalles sobre esta cuestión.

Por eso creímos que aunque sean pocos los años en que todavía deba proseguirse intensamente esta labor, quizá, en mi opinión, los años de vigilancia en relación con la malaria hayan de ser muchos más.

*Campaña contra la poliomielitis.* Veníamos realizando una campaña limitada, aplicando dosis de vacuna del tipo Salk comprada en el extranjero, lo que nos limitaba el uso de este producto para inmunizar a grandes masas de niños que podían contraer la poliomielitis. Pero el señor Secretario de Salubridad y el Gobierno de México decidieron elaborar la vacuna Sabin en el país y actualmente disponemos de 18 millones de dosis. Esta vacuna fue revisada personalmente por el Dr. Sabin en un reciente viaje que hizo a México con tal objeto, encontrando completamente satisfactoria dicha elaboración.

Según datos que no están en el informe, en 1960-1961 se realizaron más de tres millones y medio de inmunizaciones, es decir, quedó inmunizado ese número de niños al haberseles aplicado las dosis necesarias; y en el período que termina para nosotros en septiembre próximo—este dato suministrado por el Dr. Alvarez Amézquita al Ejecutivo de nuestro país será dado a conocer al pueblo de México por el señor Presidente de la República en su próximo Informe de Gobierno—quedaron inmunizados con la vacuna Sabin más de cuatro millones de niños. Tenemos cantidad suficiente de este producto para iniciar en octubre otra vacunación en gran escala, y esperamos que los índices sigan bajando en la forma tan significativa que se está observando. El año pasado se registraron únicamente 254 casos de poliomielitis en todo el territorio, y en la ciudad de México, que era la que registraba mayor número de casos, sólo se presentaron 23. Es, pues, realmente extraordinaria la disminución registrada en el país, considerando que se debe en gran parte a las vacunaciones realizadas.

Otra enfermedad a la que el Gobierno de México ha venido prestando preferente atención es la oncocercosis, la filariasis que existe en dos Estados del país (Chiapas y Oaxaca) y que afecta a cerca de 45.000 personas. Había ya un pequeño porcentaje de personas ciegas a causa de este padecimiento, encontrándose en cambio muchas con lesiones oculares, desde leves hasta graves, lo que

ha determinado que se dé a la campaña contra tal enfermedad un impulso extraordinario. Un grupo de investigadores se trasladó a las zonas selváticas de ambos Estados, donde ya han aplicado medicamentos para evitar las reacciones de Mazzotti manifestadas en las personas que toman hetrazán—que es el tratamiento que aplicamos. Dichas reacciones eran tan intensas que muy pocas personas tomaban las dosis necesarias, lo que limitaba el número de las que se sometían al tratamiento completo, pero en la actualidad se dispone ya de una droga que evita la mayor parte de estas reacciones, con lo que se espera que el número de tratamientos aumente considerablemente. Además, acaba de disponerse la construcción de 18 centros rurales de salud, enclavados en las zonas afectadas por la filariasis, que el 1 de septiembre de este año comenzarán a funcionar.

*Campaña contra el mal de pinto.* En varios Estados del país se presenta una treponematosiis que determina manchas en la piel de las personas; esa enfermedad existe especialmente en el Estado de Guerrero y en los alrededores de la cuenca de un gran río, el Balsas. En la actualidad está siendo controlada y pretendemos que en el transcurso de unos dos años más quede totalmente erradicada. Abarca una población de cerca de 500.000 personas, habiéndose inyectado ya penicilina a 223.000. En un principio, el aspecto técnico que el padecimiento presentaba parecía semejante al de la frambesia y se creía necesario inyectar con penicilina tanto a los enfermos como a cuantos tuvieran contacto con ellos. Pero estudiamos un poco más a fondo la enfermedad y llegamos a la conclusión de que no se transmite por contacto, sino más bien por un mosquito, por lo cual sólo es necesario inyectar a los enfermos, como se ha venido haciendo desde hace varios años. En realidad, consideramos que el éxito coronará esta campaña. Se trata de un padecimiento que no mata, pero que coloca psicológicamente a quienes se ven aquejados por él en condiciones de inferioridad, siendo difícil encontrar una persona con estas manchas en su piel que haya logrado destacar en la vida de estas comunidades.

*Tifo.* Ancestral enemigo del pueblo de México, se ha limitado en 1961 a 15 casos, y en lo que llevamos de enero a agosto de 1962 no ha habido

un solo caso de tipo epidémico; principalmente en las áreas de problemas difíciles se ha estado aplicando DDT y mezclas muy bien conocidas por todos.

Hemos encaminado esta campaña a lograr la erradicación del piojo infectado, aunque no de todos los piojos, pero sí el de aquellas áreas que se supone fueron estudiadas cuidadosamente, de tal manera que en esa forma ha quedado en realidad, eliminado; los casos que posiblemente tengamos serán controlados con relativa facilidad.

*Campaña contra la tuberculosis.* Se ha visto reforzada con 41 nuevos dispensarios antituberculosos perfectamente dotados de equipos para radiografía y radioscopia y de todo el personal necesario. Con ello se cuenta con un total de 110 clínicas contra la tuberculosis, aparte de los hospitales, que se vieron enriquecidos con cuatro unidades hospitalarias por la lucha contra dicha enfermedad. Se adquirieron otras unidades radiológicas móviles. La campaña no se realiza totalmente abierta, como en algunos países, a base de personal médico general o colaboradores, ni tampoco en una fase netamente hospitalaria, sino que es una campaña intermedia, guiada por los dispensarios y las unidades móviles, de tal manera que se está aumentando grandemente el número de tratados en forma ambulatoria, refiriéndose los casos quirúrgicos a las nuevas unidades hospitalarias. El coeficiente de mortalidad ha descendido y actualmente es de 27 por 100.000 habitantes.

*Viruela.* Este año cumplimos la primera década desde que fue erradicada la enfermedad en nuestro país. Los que vivimos aquella época, simultáneamente con etapas revolucionarias, conocemos realmente el esfuerzo que el personal de salud (enfermeras y oficiales de salud principalmente), realizaron para librar al país de este padecimiento. La alarma que se suscitó al registrarse algunos casos en Europa hizo que numerosas personas volvieran a presentarse a la vacunación, que ya estaba acusando índices peligrosamente bajos y, por consiguiente, éstos subieron aunque no tanto como nosotros deseáramos, pero sí en grado satisfactorio.

*Rabia.* Es penoso decir que todavía vacunamos a numerosas personas para prevenirlas de la rabia, lo que significa que muchas son mordidas por animales sospechosos de padecerla. Sin embargo, este

año se está ya preparando la vacuna canina en gran escala en el Instituto dependiente de la Secretaría de Agricultura y Ganadería, lo que nos pondrá en condiciones de realizar grandes campañas de vacunación canina, de manera que poco a poco vayamos librando a nuestros habitantes de tener que vacunarse cuando son mordidos por animales rabiosos o sospechosos. Hemos de señalar que el mes pasado la rabia motivó la defunción de dos personas mordidas por vampiros, en un lugar cercano a unas cuevas, y que el grupo de vampiros que se encuentra en dicha área está siendo estudiado por el Instituto de Virología. Seguramente que las otras personas (porque 11 personas fueron mordidas) se sometieron a la vacunación antirrábica y se libraron de morir a causa de esta enfermedad. Estamos estudiando también procedimientos para la lucha contra los vampiros en algunas áreas donde el problema es sumamente difícil, por la forma en que estos animales se sitúan en las cuevas.

A este respecto, recuerdo una epidemia de histoplasmosis en el Estado de Colima en la cual murieron varios trabajadores. Se trataba de utilizar y de limpiar un antiguo acueducto construido en tiempo de la Colonia. Entre los trabajadores que se ocupaban de esa labor se observaron varios casos muy graves que parecían de bronconeumonía; algunos se confundieron con tifoidea. Dos de los trabajadores murieron en el término de pocos días u horas. Un grupo de neumopatólogos del Registro Nacional de Neumopatología, también de nueva creación, que se trasladó inmediatamente al lugar por avión—ya que la Secretaría de Salubridad dispone de aviones para movilizar al personal en el momento necesario—comprobó que se trataba de histoplasmosis.

En nuestro país, pueden encontrarse algunas cuevas infestadas por histoplasma, que, por lo tanto, son peligrosas para quienes, sin ningún cuidado, acuden a estos lugares. Tuvimos otro pequeño brote en el Estado de Guerrero, que afectó a un grupo de escolares, dirigidos por un maestro y a los que fue necesario trasladar inmediatamente al Instituto de Enfermedades Tropicales, en donde recibieron especial atención y lograron salvarse.

Quizás en algunos otros países se puedan también tomar medidas de prevención respecto esas incursiones a cuevas. El investigador en hongos nos recomendó que no se permitiera la entrada a esos lugares, especialmente a las cuevas de donde se saca guano para abono, a quienes no tuvieran la reac-

ción de histoplasmina positiva. Según las teorías nuestras, las personas con histoplasmina positiva no se enferman, por lo que es una buena medida para evitar que personas con reacción de histoplasmina negativa penetren en esos lugares.

*Aedes aegypti*. Está erradicado en todo el territorio nacional y una comisión de la Oficina Sanitaria Panamericana está efectuando las verificaciones indispensables para poder declarar erradicado el *A. aegypti* del país.

Otros aspectos ya fuera del control de las enfermedades transmisibles son bien conocidos por los países representados en esta Conferencia. Seguimos la campaña contra la tos ferina y la difteria, como base de los programas de los centros de salud.

*Neuropsiquiatría*. Se creó una Dirección específica de Neuropsiquiatría y de Rehabilitación, y se están construyendo granjas para enfermos mentales. El año pasado se construyeron dos y otras dos el anterior, con unas 200 a 400 camas para enfermos mentales.

*Rehabilitación*. Hay varios institutos; uno nuevo en el Estado de Tabasco y varias unidades de rehabilitación anexas a los centros de salud en algunas ciudades de gran número de habitantes. Consideramos más adecuado adquirir una unidad de rehabilitación, ya que se utilizan las mismas visitadoras para la investigación, de tal manera que su funcionamiento nos resulta menos costoso.

*Investigación científica*. Además del Instituto de Enfermedades Tropicales se cuenta con otras instituciones, como un laboratorio de estudios inmunológicos, un Instituto de Virología, que también está fabricando vacuna, y algunas otras unidades especializadas.

*Programas de nutrición*. Los médicos que hemos trabajado a nivel rural habríamos considerado muy difícil poder realizar la labor que estamos efectuando en materia de nutrición, si el campesino no hubiera contado con su parcela donde él mismo puede sembrar, plantar las hortalizas y tener animales domésticos a su alcance. Esto ha significado una ayuda considerable para hacer una gran labor educativa entre la población rural, la que puede hacerse extensiva a las personas que cuentan con los elementos necesarios. Además, habría sido difícil mejorar la alimentación del pueblo si no se contara con pro-

gramas de crédito con motivo de la distribución de tierras y con obras de riego que el Gobierno está realizando también en proporción importante; pero ya entrando al terreno nuestro, diremos que todos los centros de salud que se están construyendo tienen cocinas para demostraciones dietéticas y facilitan cursos para auxiliares nutricionistas. Estamos un poco atrasados en este aspecto, pero vamos poniéndonos al corriente.

Además de estos trabajos habituales, actualmente se están repartiendo 270.000 vasos de leche diarios, junto con un millón de desayunos que distribuye la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Este programa es complementario del que realiza el Instituto de Protección a la Infancia, que está dando más de 600.000 desayunos diarios a los escolares. Nosotros, en la Secretaría de Salubridad, damos alimento a los niños en edad preescolar.

*Vivienda*. El Gobierno está realizando un programa de colonización interna para llevar a los campesinos a las áreas tropicales ahora liberadas del paludismo. Era difícil su arraigo si no contaban con casas adecuadas, y la Secretaría de Salubridad y Asistencia construyó el año pasado ocho poblados en Yucatán y en Quintana Roo, uno de ellos con 400 casas y los demás oscilando entre 50, 100 o más, todos ellos con escuelas, centros de higiene, luz eléctrica, baños, lavaderos, agua potable, etc. Esta labor de la Secretaría de Salubridad ha sido efectuada por un grupo de arquitectos jóvenes, lo que les ha permitido trasladarse a estas zonas de selva. Espontáneamente el pueblo ha llamado a estos centros, en maya, "casa del pueblo"; fueron levantados apenas en dos meses de trabajo.

Este es otro de los programas que nos interesa que se siga realizando con arreglo a un plan de mejoramiento de la habitación. A algunos de los señores Delegados hemos tenido la oportunidad de mostrarles un programa de saneamiento rural. Dividimos la salud pública en dos aspectos: rural y urbano. En el aspecto urbano se pueden seguir los lineamientos clásicos que nos señala la ingeniería sanitaria: primero, agua; después, eliminación de excretas; tercero, habitación; cuarto, control de faunas transmisoras, etc.; pero en el medio rural la filosofía y la doctrina de nuestro programa han cambiado. Observamos que los programas de mejoramiento social público, llegaban a una comunidad y despertaban en realidad interés por el mejora-

miento de la misma; pero era muy difícil transformar la comunidad, con sus propios elementos, y cuando se explicaba a la población las teorías de organización y desarrollo empezaba a producirse el desaliento. Se le aconsejaba sobre esas teorías y empezaba a disminuir su interés por los programas; en realidad, se lograba muy poco poniendo en práctica exclusivamente la organización de comunidades.

Por otra parte, se estaba envejeciendo el concepto de la salubridad clásica, que se limitaba a seguir solamente el procedimiento de vacunar o inyectar a los niños, someterlos a examen médico e instalar letrinas sanitarias. Parecía que esas prácticas no atacaban a fondo los problemas y había que modificarlas. Nos encontramos, pues, por un lado, con nuestra salubridad clásica envejecida, y, por otro, con una filosofía moderna sin encontrar un objetivo. Comprobamos que lo que el campesino quería era mejorar su casa y sus alrededores, y con los procedimientos y la técnica de organización de comunidades, con el médico y la enfermera, empezaron los trabajos de mejora de su habitación: el piso, en lugar de ser de tierra, de cemento; ventanas, iluminación, mejor cocina, un pozo con bomba, pintura de la casa y separación de los animales. Así empezaba un trabajo lento, pero educativo, por parte de los médicos, los prácticos en saneamiento; en realidad, ahora vemos que la comunidad está realmente cooperando en las actividades de salud pública.

Antes nosotros hacíamos que la comunidad recibiera nuestros servicios, pero no había una dinámica del pueblo en los trabajos de salud pública. En esa forma, durante los dos años últimos se mejoraron más de 26.000 casas, y quiero citar unas palabras del Secretario de Salubridad, Dr. Alvarez Amézquita, que es muy apasionado de estos programas, según las cuales hay que prestarles a los campesinos el dinero "a la palabra". Se llega a una casa, se hace el cálculo, se da al campesino cemento, se le da calidra, se le proporcionan los servicios de un técnico que lo oriente, y él no tiene que firmar ningún documento para pagar estos elementos, sino que al cabo de un tiempo pasa a reembolsar semanalmente parte de estos materiales, y tenemos la satisfacción de que los pueblos pobres reembolsan realmente más que otras comunidades, y casi todos los programas están logrando una recuperación de más del 75 % de lo invertido.

*Saneamiento del medio.* No quisiera extenderme más, pero mencionaré que ya está en la conciencia de todos los nuevos gobernantes atender las necesidades de agua potable, drenajes y mercados. Por ello los habitantes de las ciudades cuidan de estos aspectos; pero el medio rural no podía progresar, porque ningún banco quería financiar las obras necesarias; en cambio, ahora la Secretaría de Salubridad está haciéndolo.

*Adiestramiento de personal.* Ninguno de estos programas habría sido posible si no se hubiera dado prioridad al adiestramiento de personal. La Escuela de Salud Pública está saturada de becarios, al igual que la nueva Escuela de Administración de Hospitales, y el año pasado fue necesario crear 10 centros de adiestramiento más en distintas partes del país.

Quiero darles algunos datos en esta materia. Se adiestraron 1.453 personas del grupo profesional (médicos y enfermeras tituladas), 1.035 técnicos y 1.386 subtécnicos, lo que representa un total de 3874. Además, los programas tienen como finalidad preparar personal voluntario de las comunidades rurales. No esperamos burocratizar tanto a las comunidades pequeñas con poco personal, y hemos tenido la respuesta de todas ellas. Hemos adiestrado a 15.869 auxiliares de enfermería que regresan a sus rancherías bajo el control del centro rural de salud más cercano. Ese grupo ha sido muy importante para los trabajos que se están realizando en las áreas rurales.

*Estructura sanitaria asistencial.* Para terminar, quiero decir a los señores Delegados que esto ha sido posible porque se está edificando una estructura sanitaria asistencial en todo el país, que comprende el centro de salud rural con 3 ó 4 camas; el sanatorio o centro de salud, con 12 a 18 camas; el centro de salud anexo al hospital regional, de 40 a 100 camas, y los hospitales estatales. Además este año, en el informe del señor Secretario de Salubridad, está prevista la construcción de 404 instituciones, lo que constituye realmente un número extraordinario en la historia de la salud pública. En resumen, en los dos años se construyeron 808, de las cuales 562 eran centros rurales de salud, 46 grandes centros de salud con todos los servicios casi conocidos, 100 sanatorios de 12 a 18 camas, con centros de salud; 16 hospitales de más de 40 camas, 15 guarderías infantiles, 10 escuelas de adiestramien-

to, tres granjas para enfermos mentales, con 400 camas, siete maternidades, 29 obras diferentes entre las que se encuentran escuelas de enfermería, centros de rehabilitación, etc., y nueve pueblos nuevos.

Naturalmente, estos datos reflejan que el trabajo es extraordinario; y el índice de mortalidad en México, que en 1922 era de 26,1, el año pasado fue de 10,4; el índice de mortalidad infantil, que en 1922 era de 123 es ahora de 67; y el promedio de vida al nacer, que en 1930 era de 48 años, es ahora de 62 años en nuestra República.

El PRESIDENTE: Si ustedes me permiten, quisiera puntualizar algunos extremos. Solamente la vacuna Sabin es trivalente; tiene los virus 1, 2 y 3. Me parece que es importante señalar también que hemos tratado de cubrir una ciudad en ocho días, con el objeto de buscar la inmunidad generalizada. Los niños carecen de hábitos higiénicos firmes; no se lavan las manos después de ir al baño, y el contacto con los otros niños determina que se propague el virus atenuado y se llegue a lo que Sabin llamó, con toda justicia, la "epidemia de inmunidad". Quizás esta idea práctica de concentrar el personal de salud en una ciudad y proceder rápidamente a la vacunación de toda la población infantil, resulte muy útil.

En segundo lugar, quiero señalar a ustedes que en nuestros programas de nutrición estamos atendiendo al niño preescolar del primero al sexto año, que es el que más sufre de carencia de proteínas, y nos encontramos con que es absolutamente necesario romper el círculo vicioso que obstaculiza el desarrollo económico. Por otra parte, es preciso convencer a las gentes para que, mediante el empleo de la cantidad adecuada de proteínas, los niños puedan alcanzar la edad de seis años, ya que después pueden defenderse solos. El verdadero problema se encuentra entre el primero y el sexto año de vida.

En nuestro caso, lo que importa de inmediato no es dar a las comunidades una dieta muy equilibrada de grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales, ni si tienen riboflavina: lo fundamental es que se resuelvan los problemas del hambre de la comunidad rural, primero comiendo un poco de maíz y frijol, y después ya vendrán los detalles complementarios de nutrición.

En último término, quiero informarles a ustedes de que en el programa de las comunidades rurales tomamos en consideración estos dos factores,

saneamiento y organización, por entender que de nada sirve establecer un centro en una población rural si ésta no se desarrolla en grado suficiente para poder sostenerlo. Por otra parte, siempre hemos tratado de contar con la cooperación de las comunidades rurales, con el objeto de que su acción sea viva, propia, y no el resultado de una simple acción gubernamental.

Por lo demás, y esto merece ser tomado en consideración, si hemos establecido tantos pequeños centros rurales de salud se debe a que estimamos que es mejor tener un organismo de salud que cuente con la cooperación del pueblo, aunque sea mínimo, pero que es permanente y muy distinto del simple paso de las brigadas volantes de salud que pueden enviarse cada año o cada año y medio, mientras la población espera ese servicio que en ocasiones llega demasiado tarde.

Siempre hemos podido comprobar que donde se abre un centro rural de salud disminuyen los índices de morbilidad y mortalidad en la población a la que sirve. Es importante señalar que estas comunidades han cooperado en una forma realmente conmovedora, dada su pobreza, con aportaciones variables de dinero, además de su trabajo. El año pasado contamos con un millón y medio de pesos aportados por las pequeñas comunidades.

Finalmente, quiero expresar a ustedes que nuestros Gobiernos tienen la superestructura y la infraestructura. La superestructura que gasta 300 y 400 millones para una gran presa o muchas carreteras; estas obras son muy buenas, evidentemente, pero quizás nosotros nos hemos empeñado en la infraestructura, que es el pequeño centro de salud, el agua potable, el drenaje, la luz, en suma, organizar a la comunidad para que sea productiva, lo que en nuestro concepto contribuye tal vez más a la felicidad de los núcleos de población a la que está dedicada.

Perdón por haber requerido su atención por unos minutos más, como complemento a lo dicho por el Delegado de México, Dr. García Sánchez. Tiene ahora la palabra el Delegado de Jamaica.

#### *Informe de la Delegación de Jamaica*

El Dr. PEAT (Jamaica) (*traducción del inglés*): Puesto que constituimos un Estado que recientemente ha obtenido su independencia y este hecho,

por sí mismo, ha tenido considerables repercusiones en el desarrollo administrativo y funcional de mi país, espero que me permitan esbozar los cambios de organización que han seguido a las reformas constitucionales de los últimos años. En Jamaica, los asuntos de salud pública estaban antes a cargo de un Departamento Médico al frente del cual se encontraba un Director de Servicios Médicos que disponía tan sólo de una secretaría centralizada y dependía exclusivamente del Gobernador. En los últimos 10 años, tres importantes enmiendas constitucionales han ampliado las atribuciones y funciones del Ministro de Sanidad, de modo que en la actualidad tiene plenas facultades ministeriales en un Gobierno organizado según el sistema de Consejo de Ministros. La integración del Departamento Médico y el Ministerio de Sanidad se efectuó sólo en 1956, y desde entonces el Ministro se encargó de todas las actividades de salud realizadas en el país. Estos cambios constitucionales crearon problemas administrativos y de organización sumamente graves. Al mismo tiempo, el Gobierno emprendió un vigoroso programa de desarrollo industrial que comprendía el fomento de la industria de la bauxita. Todas estas diversas actividades originaron problemas de mano de obra, recursos financieros y prioridades, los cuales no se resuelven fácilmente en una colectividad como la nuestra. En estas circunstancias, es bien comprensible que nuestros progresos en materia de salud no hayan sido tan rápidos y extensos como hubiéramos deseado. Sin embargo, estimamos que el desarrollo económico de los últimos años nos ha situado en una posición mejor para alcanzar en el futuro avances substanciales en el campo de la salud.

Me referiré ahora a la planificación de las actividades de salud y al establecimiento, con esa finalidad, de un servicio especial de planificación. Estamos enteramente de acuerdo con este propósito. Si nos ha sido imposible establecer esa unidad de planificación, ello se debe a que estamos utilizando al máximo los servicios de la Unidad Central de Planificación del Ministerio de Fomento, establecida en 1957. Los primeros planes trazados en ese año se referían más al desarrollo económico que a los progresos en materia de salud y bienestar social. Sin embargo, en 1961 el Ministerio de Sanidad, previa consulta con la Unidad Central de Planificación, preparó un programa decenal enca-

minado al mejoramiento de los servicios de salud en el más amplio sentido de la palabra. Este programa comprende, entre otras actividades, una importante ampliación de nuestra Oficina de Educación Sanitaria; el establecimiento de un Departamento de Nutrición en el Ministerio de Sanidad; la organización de un programa colectivo de higiene mental y la adopción de las medidas necesarias para llevarlo a cabo; la creación de servicios para el adiestramiento de oficiales odontólogos del tipo que utiliza en la actualidad el Ministerio de Sanidad del Reino Unido; la ulterior expansión de nuestro actual programa de construcción y dotación de equipo y personal de los centros rurales de salud; la ampliación de nuestros servicios de laboratorio de salud pública y la construcción de cuatro hospitales regionales. Para que esto no se considere como un plan excesivamente ambicioso, queremos manifestar que la construcción de cuatro hospitales, con 400 camas cada uno, elevará a 2 por 1.000 habitantes en 1972, la proporción de camas de hospital con respecto a la población. Se prevé también el aumento de los servicios de control de las enfermedades venéreas y la intensificación de las campañas de inmunización contra determinadas enfermedades transmisibles. El Gobierno está estudiando actualmente estos planes preliminares, con miras al establecimiento de prioridades dentro de los límites de nuestros recursos económicos y de personal adiestrado. Una vez adoptadas las decisiones respectivas, procederemos a elaborar con más detalle planes y presupuestos, en la ejecución de los cuales necesitaremos considerable asistencia técnica.

*Investigaciones.* Como era de esperar, nuestras actividades de investigación se han concentrado principalmente en la Universidad de las Indias Occidentales, que es una institución de carácter regional. Con la colaboración del Consejo Británico de Investigaciones Médicas, creamos en 1956 una comisión asesora permanente en investigaciones médicas, que recibió importante apoyo económico del Reino Unido, en forma de subvenciones para llevar a cabo investigaciones en todas las Indias Occidentales. Nos ocupamos ahora de establecer un Consejo de Investigaciones Médicas de las Indias Occidentales, que esperamos tenga asimismo carácter regional; y aun cuando confiamos en continuar nuestra asociación con el Reino Unido en

este programa, procuraremos conseguir la colaboración de organismos de las Américas interesados en actividades de investigación. A este respecto, hemos de mencionar la asistencia recibida hasta ahora de la Fundación Rockefeller en materia de investigaciones virológicas, y a la construcción, por la *Rippel Foundation*, de un laboratorio que ya cuenta con equipo básico y se dedicará enteramente a proyectos de investigación. Después de observaciones preliminares hechas en 1959, el Consejo Británico de Investigaciones Médicas estableció en 1961 una sección de investigación epidemiológica en la Universidad, con el objeto de llevar a cabo esa clase de estudios en la zona. Con la cooperación del Ministerio de Sanidad y el Consejo de la Municipalidad de Kingston, dicha sección se ha hecho cargo de todas las actividades médicas curativas y preventivas en un sector de la población de Kingston, especialmente elegido, que comprende unos 15.000 habitantes. El propósito inicial de este proyecto es, entre otros, el de investigar aún más ciertas variaciones cardiológicas interesantes observadas en la encuesta de 1959. También esperamos que la labor de esta sección nos indique en el momento oportuno la forma de mejorar el carácter y el funcionamiento de nuestros servicios médicos de distrito.

*Saneamiento del medio y abastecimiento de agua.* A solicitud del Ministro del Interior, se terminó en 1961 una encuesta destinada en principio a facilitar al Gobierno de Jamaica un plan de integración y ampliación de ciertos sistemas de abastecimiento de agua, pequeños e ineficaces, y de organización eficiente de los mismos, así como con el fin de formular recomendaciones para el desarrollo de un programa de abastecimiento público de agua que abarcara la totalidad de la isla. Este plan, que comprende los aspectos financieros, jurídicos, de ingeniería y de organización relativos a dicho programa, constituirá la base para solicitar de los organismos internacionales o estadounidenses un préstamo para financiar un programa de abastecimiento de agua. La encuesta se relacionó principalmente con el diseño, construcción, funcionamiento y administración de los sistemas de abastecimiento de agua rurales, es decir los situados fuera de la ciudad de Kingston y sus alrededores. El informe respectivo fue preparado por consultores especiales de la Agencia para el Desarrollo

Internacional, de los Estados Unidos de América, y en la actualidad está sometido a estudio de los diversos Ministros del Gobierno de Jamaica interesados en la materia.

*Eliminación de aguas servidas.* Acaba de quedar completado un proyecto de ampliación del sistema de alcantarillado de la ciudad de Kingston, que costó \$ 750.000. Asimismo, están muy adelantados los planes para extender más el sistema en Kingston y establecer un sistema de alcantarillado en Montego Bay. El problema que se plantea es el del financiamiento. En los últimos años se ha adelantado bastante en materia de viviendas para grupos de ingresos bajos y medianos, tanto en el sector público de la economía como en el privado. La política de planificación y financiamiento de viviendas dotadas de servicios públicos de eliminación de aguas servidas ha sido aceptada con lentitud, pero actualmente se admite que, antes de iniciar cualquier actividad relacionada con la construcción de viviendas, se consulte al Ministro de Sanidad y se solicite el asesoramiento del Departamento de Ingeniería de Salud Pública.

Quiero asimismo mencionar los siguientes proyectos específicos:

*Vacunación antivariólica.* En Jamaica no se ha notificado caso alguno de viruela desde 1930. En virtud de la ley es obligatoria la vacunación de todos los niños desde hace más de 60 años, pero el número de los vacunados con éxito ha venido reduciéndose anualmente hasta llegar a un mínimo de 22.825 en 1956. A partir de 1957 hemos aumentado nuestras actividades en este sentido y en 1960 se vacunaron 79.973 personas, principalmente niños. Estos progresos se han mantenido e intensificado, y hasta junio de este año habíamos vacunado más de 71.000 niños.

*Erradicación de la malaria.* Con la valiosa cooperación de la OPS y el UNICEF completamos finalmente las operaciones de rociamiento en Jamaica, en diciembre de 1961. Con anterioridad, ya habíamos interrumpido las medidas de rociamiento en ciertas áreas seleccionadas de baja endemicidad. Son interesantes las siguientes cifras relativas a las actividades de evaluación: en 1959 tomamos 39.699 muestras de sangre, de las cuales 364 resultaron positivas; en 1960, de 180.030 muestras, 154 fueron positivas; en 1961, de 296.900



muestras, 31 resultaron positivas. Aunque la recolección de muestras de sangre ha continuado al mismo ritmo, no ha habido caso positivo alguno desde octubre de 1961.

*Erradicación del Aedes aegypti.* Es de lamentar que nos hayamos visto obligados a interrumpir este programa, debido a la dificultad motivada por la aparición de resistencia del *A. aegypti* a los insecticidas. Creo que ya se encuentra en Jamaica un entomólogo—cuyos servicios han sido facilitados generosamente por la Organización Panamericana de la Salud—quien realizará también un estudio más extenso del grado de resistencia y del estado de la campaña en toda la isla, con el objeto de asesorarnos a fin de que podamos decidir acerca de las medidas que conviene adoptar y el insecticida que hemos de utilizar para continuar este programa.

Finalmente, desearía expresar nuestra gratitud a la Organización, al Director de la Oficina y a los funcionarios de la misma por la colaboración que hemos recibido en materia de adiestramiento de personal de enfermería y salud pública, y otro personal médico, mediante cursos de salud pública. Confío sinceramente en que continúe en el futuro la colaboración que hemos solicitado y que con tanta generosidad se nos está concediendo.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Peat. Vamos a suspender brevemente la sesión.

*Se suspende la sesión a las 10 h. 37 m. y se reanuda a las 11 h. 7 m.*

El PRESIDENTE: Se reanuda la sesión. Tiene la palabra el Delegado de Colombia.

#### *Informe de la Delegación de Colombia*

El Dr. PÉREZ ARCHILA (Colombia): Solamente voy a referirme a los que yo considero hechos trascendentales y fundamentales registrados en el desarrollo de los programas de salud pública en Colombia. El primero de ellos es la planeación y ejecución de una reestructuración total del Ministerio de Salud Pública. La etapa final de esta reestructuración se llevó a cabo en 1961, y su estudio y planeación correspondió a diferentes entidades nacionales e internacionales, desde el año 1958.

En virtud de la reestructuración del Ministerio

de Salud Pública, las actividades de éste se dividen en dos grandes ramas: la técnica y la administrativa. Se trata con esto de conseguir, hasta donde sea posible, que la parte técnica se dedique exclusivamente a la elaboración de programas y normas, y la administrativa se consagre a los problemas administrativos. Se crea también un lazo de unión entre la rama técnica y la administrativa a través de la Oficina de Coordinación Ejecutiva, para la supervisión de los programas a niveles locales.

El segundo hecho lo constituye la tecnificación de cada uno de los cargos que forman las diferentes ramas, la técnica y la administrativa. El personal que en la actualidad está al frente de cada una de las Divisiones y Secciones que componen las ramas ha hecho estudios de salud pública en el país y en diferentes escuelas de América.

El tercer aspecto fundamental de la reorganización del Ministerio de Salud Pública es la estabilidad del personal en tal forma que quede ajeno a los movimientos y ajeteos de carácter político, que antiguamente desplazaban a funcionarios probos única y exclusivamente para atender compromisos políticos. Ha sido creada hace breves días la carrera administrativa y se ha comenzado a llamar al personal de salud pública a cursos dedicados exclusivamente a administración, para el ingreso posterior en ella. Hay un grave problema que influye desfavorablemente en la evolución de los servicios del Ministerio de Salud Pública: es la baja remuneración del personal que está dedicado de modo exclusivo a estas actividades. Este problema lo considera el actual Ministro del mayor interés y ha sometido al Congreso Nacional un proyecto encaminado a que el mencionado personal sea bien remunerado, para que dedique por entero su esfuerzo al desempeño de las funciones de salud pública.

Se ha llegado a la ejecución de un cuarto aspecto importante: la descentralización de funciones administrativas a niveles departamentales y locales. Antiguamente, determinadas campañas de salud dependían directamente desde el punto de vista administrativo, del Ministerio de Salud Pública, así sucedía con las de tuberculosis y lepra. Ambas se descentralizaron al nivel departamental y al nivel local, y se integraron en los denominados centros o puestos de salud, que forman los distritos. Se integran primero los servicios de medi-

cina preventiva y luego los de medicina asistencial, para tratar la salud pública como un todo.

He de señalar sólo algunas cifras importantes, como son las inversiones presupuestarias efectuadas por el Gobierno de Colombia, de 1957 a 1960. En 1957 el Ministerio de Salud Pública contó en el presupuesto de la nación con una partida de 137.907.000 pesos, y en 1960, con 252.243.000 pesos. Para adiestramiento de personal, en 1957 se asignaron 503.000 pesos y 634.000 en 1960.

En cuanto al personal de salud pública, en 1957 se contaba con 10 médicos y en 1960 ascendían a 52; en 1957 había 18 enfermeras de salud pública y 74 en 1960, y en 1957 se disponía de 430 enfermeras graduadas, en tanto que en 1960 ascendían a 925. En la preparación de personal, la Oficina Sanitaria Panamericana ha tenido a su cargo una importante labor. Actualmente hay un asesor de esta Oficina en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, en Bogotá.

Se ha hecho un estudio muy importante sobre los servicios de abastecimiento de agua, tanto en las zonas urbanas como en las rurales, y se puede indicar que carece de este servicio el 24,73 % de la población urbana; dispone de él, pero sus aguas no son sometidas a los debidos tratamientos que aseguren su potabilidad, el 27,84 % de la población; un 8,29 % de ella tiene abastecimiento de agua y desinfección y un 39,4 % cuenta con abastecimiento y planta de tratamiento del agua. Después de este estudio del estado actual del suministro de agua en Colombia, se planeó la ampliación del servicio, habiéndose elaborado planes a corto y a largo plazo, utilizando recursos tanto nacionales como internacionales. Se hizo un plan a corto plazo, que comprende de 1962 a 1965, en el cual los fondos extranjeros para su financiamiento representan el 60,02 % y los nacionales el 39,98 por ciento. El plan a largo plazo, que abarca de 1966 a 1971, cuenta con fondos extranjeros que ascienden a un 52,20 % y nacionales que representan el 47,80 por ciento.

Otra cuestión importante que ha incidido y que continuará incidiendo en las labores del Ministerio de Salud Pública de Colombia, es la creación de la Oficina de Planeación, la cual ha elaborado ya el plan decenal, que ha tenido como base fundamental el programa de la Alianza para el Progreso. Sobre este plan se están llevando a cabo los estudios

correspondientes para iniciar, en breve, los proyectos expuestos.

En lo que respecta a enfermedades transmisibles, hay dos hechos fundamentales que es necesario mencionar: uno, el relativo a la lepra y el otro a la tuberculosis. La República de Colombia puede dividir en dos etapas las actividades contra la lepra: antes de la aprobación de la ley en virtud de la cual se devuelven los derechos políticos y sociales a los enfermos de lepra y queda sin efecto el aislamiento obligatorio como medida epidemiológica, y después de la aprobación. Con esta transformación radical, se impone el tratamiento de la endemia como endemia, se termina con los lazaretos como instituciones de reclusión, se aumentan los llamados consultorios dermatológicos y, a su vez, se les va integrando paulatinamente a los organismos de salud de tipo local correspondientes a los distritos. En tuberculosis, la hipertrofia de los sanatorios, convertidos en lo que pudiéramos calificar de sanatorios estáticos o, si se me permite el término, en "neumopatotecas" (colección de enfermos), nos indujo a volcar los recursos de que pudimos disponer hacia el aumento de los que hoy día son consultorios de vías respiratorias en los que se atiende, en primer lugar, el aspecto epidemiológico, y el aspecto del tratamiento ambulatorio del tuberculoso. Unidos a estos consultorios fijos tenemos los que denominamos consultorios móviles, compuestos de unidades radiológicas, que tienen la misma función de los consultorios fijos: diagnóstico, tratamiento, prevención y quimio y bioprofilaxis.

En esta actividad, al igual que en la reforma de los sistemas para combatir la tuberculosis y la lepra, ha tenido intervención importantísima, con su asesoramiento, la Oficina Sanitaria Panamericana.

Una actividad que ha culminado en el presente año ha sido la terminación de la parte masiva del programa de erradicación de la viruela, actividad que ha dado ya sus primeros frutos; al iniciarse el programa la cifra de casos era de 7.023, o sea, una tasa de 66 por 100.000 habitantes y en 1961, de 6 casos, es decir, una tasa de 0,1, también por 100.000 habitantes.

En cuanto a la erradicación del *Aedes aegypti*, cuando parecía que Colombia iba a formar parte del grupo de países que ya habían conseguido este objetivo, se reinfestó la ciudad de Cúcuta y fue necesario volver a realizar los correspondientes tra-

bajos para la erradicación en dicha ciudad, zona limítrofe con la República de Venezuela.

En lo referente al paludismo, se encuentra Colombia en el octavo rociado, y sus efectos comienzan ya a advertirse con la recuperación de zonas antiguamente abandonadas por nuestros campesinos, abandonadas, por ende, para la economía del país. En 1958 se registraron 79.554 casos de paludismo, y en 1961 solamente 23.480 casos. Es cierto que se han registrado algunos tropiezos debidos a hechos de gran magnitud.

Desde el punto de vista nutricional, solamente voy a referirme a una realización que incide fundamentalmente con el desarrollo de la economía del país: la de haberse inaugurado la producción de la planta deshidratadora de leche de Chiquinquirá. Esta planta fue donada por el UNICEF; se ha organizado una sociedad que tiene por objeto establecer vínculos con los campesinos de la región, con los productores de leche y, en fin, con cuantas personas sientan interés por esa empresa y la consideren como propia. El Ministerio de Salud Pública se compromete a comprar los productos de esa planta para ser distribuidos en las diferentes regiones del país.

Creo haber destacado algunos aspectos fundamentales, que a mi juicio, servirán para hacer una evaluación de la salud pública de Colombia.

Es necesario dejar aquí constancia del grupo que transformó en realidad lo que en un principio se consideraba ilusión, de esa generación de jóvenes que estimuló el ilustre Dr. Patiño Camargo, a quien le sucede hoy su hijo, dedicado al igual que aquél, con fe y esperanza en la solución de los problemas de salud del pueblo colombiano.

EL PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Pérez Archila. Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

#### *Informe de la Delegación del Ecuador*

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): Muy breves habrán de ser los comentarios que haga la Delegación del Ecuador en relación con el importante informe que se está considerando, y en el cual figuran los datos estadísticos suministrados por los países representados en esta Conferencia, de conformidad con los formularios anuales de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Inadecuadas modificaciones introducidas en la legislación sanitaria de mi país en 1956 y que inspiraron transitoriamente su política sanitaria, hicieron que el período a que se refiere el informe que comentamos (1957-1960) no fuera el más favorable en el desarrollo de las actividades de salud pública en el Ecuador. Sin embargo, como se desprende de los datos estadísticos contenidos en el referido informe, fueron atendidas las más urgentes necesidades y se lograron manifiestos progresos, especialmente en el campo del control de enfermedades transmisibles, así como en las inaplazables necesidades del saneamiento, y que se manifestaron especialmente en un aumento del volumen de la población servida con abastecimiento de agua potable, alcanzando a un 60 % aproximadamente de la población urbana y al 20 % de la rural, incluidos en esta última los pequeños núcleos de población del país.

Los nuevos y firmes rumbos determinados en este campo de la administración pública por el Gobierno establecido en noviembre del año 1961, hacen variar las perspectivas de la salud pública ecuatoriana, ya que, a la par que constituye una rectificación de algunos procedimientos, está basada en un criterio de ordenada planificación, que dirige cada una de las actividades.

Nuestros breves comentarios de ahora al importante documento presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, se dirigen casi especialmente a ofrecer algunas informaciones adicionales sobre hechos ocurridos y exponer las proyecciones presentes y futuras de nuestros servicios de salud.

En el aspecto de las estadísticas vitales, nos es grato dejar constancia de que, frente a la desorientación que encontramos en el pasado, hemos efectuado una reorientación en el sistema de recopilación de datos, unificando la acción de las diversas entidades que estaban interviniendo en tan trascendental labor, así como uniformando procedimientos, lo cual traerá de hecho una mejor apreciación de nuestros fenómenos vitales que, debido justamente a los defectos anotados, eran interpretados erróneamente. Por cierto, al igual que ocurre todavía en otros países de América Latina, un factor de gran importancia en dichas falsas apreciaciones es la deficiencia de los servicios médicos rurales y, por consiguiente, el crecido porcentaje de enfermedades incorrectamente diagnosticadas y de defunciones registradas sin diagnóstico preciso. Respecto a cuestiones de

mográficas, nos place dejar constancia de que están en marcha las actividades preparatorias del nuevo censo de población, que se efectuará en el país el próximo año.

Desde luego, son todavía elevadas nuestras tasas de mortalidad infantil y, si se analizan las principales causas de mortalidad de la población en general, predominan, como en otros lugares, las afecciones propias de la infancia, por lo cual la atención maternoinfantil tanto preventiva como curativa ha constituido aún en el período señalado, preferente actividad, estableciéndose centros de salud de atención combinada en todas las capitales de provincia y otras poblaciones, donde ahora mismo los estamos extendiendo. A través de ello se efectúan intensas actividades de inmunización contra la tos ferina y la difteria, con vacunas elaboradas en cantidad suficiente por el Instituto Nacional de Higiene.

En la lucha contra otras enfermedades transmisibles, todavía el problema número uno en nuestras actividades de salud pública son las campañas de erradicación de la malaria y de la viruela, que se desarrollan con la cooperación de organizaciones internacionales, y aunque en otras ocasiones de esta Conferencia nos refiramos a ellas con mayores detalles, queremos sin embargo dejar señalado que la primera de dichas campañas, iniciada en 1949 con recursos técnicos y económicos exclusivamente nacionales, reorganizó sus actividades justamente a principios de 1957, ya con amplio apoyo de organizaciones internacionales como la OMS/OSP y el UNICEF. No obstante, por reveses administrativos y técnicos, entre ellos la resistencia que opuso al insecticida empleado la principal especie anofelina transmisora en el litoral, tuvo que ser reorganizada nuevamente en 1960, en que la necesidad de ayuda económica adicional hizo que la campaña se incorporara como actividad del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.

En cuanto a la viruela, podemos decir que, pese a los convenios existentes, el servicio de erradicación, también con cooperación internacional, no había encontrado la vía expedita para un funcionamiento adecuado, hasta fines del año próximo pasado, por lo que los datos de morbilidad eran notoriamente desfavorables. Ahora ya hemos podido mejorar sus condiciones económico-administrativas y los datos epidemiológicos actuales han puesto de relieve la buena orientación de sus actividades. (El año an-

terior hubo 496 casos y en el primer semestre de este año sólo han ocurrido 91). Ya se han cubierto las dos terceras partes del territorio nacional y un 57 % de su población ha sido vacunada.

Con la cooperación del Gobierno de la República de Venezuela hemos avanzado en el adiestramiento de técnicos y también en la planificación de nuestra campaña contra la lepra, y, merced a impulsos recientes, hemos dado fin en Guayaquil a un nuevo hospital-dispensario que facilitará el desarrollo de nuestras actividades en este problema, no por cierto de gran proporción, pero que no por eso deja de tener importancia trascendental.

El pian fue erradicado del país en el período a que se refiere el informe y se espera la comprobación técnica que de tal hecho debe realizar la OSP, para que al igual que con respecto al vector urbano de la fiebre amarilla, se declare eliminado este problema sanitario.

La lucha antituberculosa, desarrollada en cooperación con la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, entidad de derecho privado, pero auspiciada por el Estado (que le proporciona ingresos especiales) ha continuado en sus avances, determinando cada vez más la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad, hasta poner de manifiesto el hecho, similar al de otros países de América, de declinación completa de la onda epidémica. Esta circunstancia nos ha llevado a revisar los métodos de lucha que se aplican actualmente y, como consecuencia, la necesidad de efectuar modificaciones fundamentales para aprovechar hasta el máximo los beneficios de la quimioprofilaxis en los focos y en los tratamientos domiciliarios, reemplazando en lo posible las severas cargas de la hospitalización. En los éxitos logrados y en los planes futuros tiene un papel destacado la vacunación con BCG, que el Instituto Nacional de Higiene elabora según las más rigurosas técnicas internacionales y que se efectúa de acuerdo con planes determinados desde que se organizó la gran vacunación en masa de la población en 1951 bajo los auspicios de la *Joint Enterprise*.

Estudios recientes efectuados en el Instituto Nacional de Higiene sobre más de 10.000 reacciones serológicas para el diagnóstico de la sífilis han puesto de manifiesto una notoria disminución de casos positivos (de 18 a 6,5 %) en exámenes realizados en grupos comparables de población en 1953 y 1961.

Los servicios de investigación científica y de preparación de personal especializado para las necesida-

des nacionales están adscritos al Instituto Nacional de Higiene, donde se halla establecido un centro de adiestramiento. Asimismo, los estudios de alimentación y nutrición que se han venido efectuando con todo éxito por el Instituto Nacional de Nutrición (INNE), auspiciado parcialmente por la OSP, han sido extendidos al campo de la ejecución o de la acción sanitaria propiamente dicha, por medio de una División que opera desde el Instituto Nacional de Higiene y mediante la cual se estudian y orientan las aplicaciones al campo de la salud pública de los valiosos resultados obtenidos por el Instituto en sus investigaciones. Una disposición legal sobre el uso de la sal yodada en las zonas bociógenas es una de las aplicaciones directas de los estudios realizados.

Diversas instituciones públicas o privadas, todavía no integradas en un solo Servicio Nacional de Salud—aunque es nuestra aspiración integrarlas—como son las de asistencia social, las municipalidades, el Departamento Médico del Seguro Social, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Liga Ecuatoriana Antituberculosa que antes mencionamos, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer, las Juntas Protectoras de la Infancia y otras, llevan a cabo en el Ecuador actividades relacionadas con la protección o recuperación de la salud, lo cual hace difícil determinar los verdaderos gastos *per capita* que se hacen en el país en materia de salud pública en el más vasto sentido.

El momento actual es entre nosotros, como ocurre en otros lugares, de revisión de lo actuado, de rectificación de normas y, sobre todo, de ordenada planificación hacia el futuro. Ya existen en el Congreso Nacional proyectos tendientes no sólo a reestructurar los servicios de salud, o mejor dicho, el Servicio de Salud, de acuerdo con proyectos elaborados con la asesoría de miembros del personal de la OMS, sino también a mejorar el nivel socioeconómico del pueblo, factor que ya para nosotros está axiomáticamente relacionado con la promoción de la salud, por constituir parte del concepto integral de ella.

Entre los planes a que hacemos referencia, interesa mencionar, por la proyección que ha de tener en el futuro desenvolvimiento del país, la zona de demostración en la provincia de Manabí, donde se podrá poner en práctica una organización basada en los actuales principios de integración, a cuyo fin y al igual que para las demás actividades que comporta la acción inmediata de salud pú-

blica, se han solicitado del Congreso Nacional las asignaciones correspondientes.

Sobre todo lo expuesto, una Comisión especialmente creada y estrechamente relacionada con la Junta Nacional de Planificación tiene a su cargo la planificación completa de nuestro futuro desenvolvimiento en salud pública, de acuerdo con los planes generales que se elaboran según los postulados de la Carta de Punta del Este, de la cual mi país, al igual que otros de América, tanto espera para su desarrollo.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Montalván. Tiene la palabra el Delegado del Paraguay.

#### *Informe de la Delegación del Paraguay*

El Dr. GONZÁLEZ TORRES (Paraguay): Quisiera hacer una breve ampliación a lo que respecto al Paraguay aparece expuesto en el Informe Cuadrienal y en el Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

*Asistencia.* Con el decidido apoyo del Gobierno Nacional y la amplia aportación de las comunidades cada vez más interesadas, organizadas y dinámicas, en los últimos 18 meses hemos podido crear, construir, reformar y ampliar en el país 40 centros y puestos de salud pública, especialmente en las zonas rurales y en nuevas áreas de colonización. Durante este año se están construyendo y ampliando otros 12 establecimientos de esa clase. Además, en 1961 se distribuyó equipo clínico y de parto a 60 localidades, equipo de laboratorio a otras seis, tres equipos para adiestramiento de personal, un equipo oftalmológico y otro electrocardiográfico para uso regional, y tres nuevos equipos de rayos X en otras tantas localidades. Estas aportaciones procedieron en su mayor parte del UNICEF y del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP).

En la capital acaba de inaugurarse un amplio edificio, ya en funcionamiento, que servirá de laboratorio de producción, parque y esterilización central del Ministerio de Salud Pública; otro amplio predio para lavandería central está en su fase final de instalación. Tales obras fueron posibles con aportaciones de la Misión Económica de los Estados Unidos de América, la Fundación W. K. Kellogg y el Ministerio de Salud Pública.

En 1960 se prestaron los siguientes servicios: 527.302 consultas; 205.600 inmunizaciones; 11.200 entrevistas y visitas del Servicio Social; 3.090 operaciones mayores y 14.630 operaciones menores.

*Planificación.* En el Poder Ejecutivo se ha creado una Secretaría Técnica de Planificación en la que se han centralizado todos los planes de los Ministerios, siendo misión de la nueva dependencia fijar los objetivos y prioridades de ellos y distribuir equitativamente los recursos del país.

El Ministerio de Salud Pública ha presentado al Programa de la Alianza para el Progreso un plan de emergencia y está terminando otro a largo plazo; se prevén los siguientes proyectos: materiales fungibles y de consumo; construcción y reforma o ampliación de centros de salud, especialmente en nuevas áreas de colonización; equipo y materiales para los mismos; asistencia al niño en el hogar; y Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo.

En el Ministerio vamos realizando paulatinamente la integración de los programas de salud en el interior del país; estamos en una fase en la cual esperamos lograr que cada una de las cuatro regiones de salud pública cuenten con servicios, jefes y supervisores en enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental, higiene maternoinfantil, lepra, tuberculosis, nutrición y educación sanitaria. A partir de este año, dos de las cuatro regiones mencionadas tienen autonomía administrativa, descentralización que se extenderá a las otras dos regiones desde el año próximo.

*Educación en materia de salud.* La educación sanitaria, llevada a cabo a diversos niveles y en forma extensa, condujo a un mayor interés de las comunidades respecto a los propios problemas sanitarios y las indujo a cooperar más activamente con el Gobierno en la solución de esos problemas, aportando dinero, material, locales, mano de obra, etc. La educación en materia de salud se complementa en los clubs de madres, en las escuelas, en los centros de salud, en las concentraciones populares, etc., usándose para ello los medios audiovisuales disponibles.

*Tuberculosis.* Los datos revelan que esta enfermedad se halla en la fase endémica con ciertas diferencias regionales, y que la mayor morbilidad y mortalidad se acusa entre la gente joven y con

mayor intensidad en la zona rural que en la urbana. Las tasas de morbilidad y mortalidad por tuberculosis han ido disminuyendo paulatinamente en los últimos años, así como los casos nuevos. Los casos notificados disminuyeron de 156,7 por 100.000 habitantes en 1946, a 89,5 en 1956, y a 61,1 en 1960.

*Saneamiento.* Sigue, a ritmo creciente, el desarrollo del programa de saneamiento ambiental en lo que se refiere a provisión de agua potable y eliminación de aguas servidas.

En 1961 se construyeron 180 pozos en centros de salud, escuelas, hogares públicos para uso comunal y se construyeron y repararon 2.000 letrinas. También en 1961 se inauguró una obra importante: la planta de tratamiento de agua corriente en el Hospital Regional de Encarnación, en el sur del país. Como esta planta puede servir a 6.000 habitantes de la zona céntrica de la localidad, se realizan gestiones para que la municipalidad se haga cargo de la distribución y administración del servicio de agua corriente.

Con una nueva perforadora de gran capacidad, proporcionada por el UNICEF, se está desarrollando este año el plan de construcción de 406 pozos superficiales y profundos en escuelas, centros de salud y lugares públicos. Se ha promulgado la ley que crea el Servicio Autónomo de Obras Sanitarias, que proveerá de agua corriente y de desagüe a 10 poblaciones, capitales de departamentos de la zona rural; se están iniciando los estudios previos para el programa y se espera la llegada en breve de técnicos de organismos internacionales que asesoren en los trabajos, así como la concesión de los fondos necesarios.

*Higiene maternoinfantil.* Se sigue desarrollando el programa encaminado a dotar a las poblaciones del interior de un centro de maternidad, o al menos de un servicio mínimo que sea atendido por una partera profesional; a través de clubs de madres (1.700 reuniones se celebraron en 1960) se da también importancia a la educación sanitaria prenatal destinada a las embarazadas. También se prosigue la capacitación de parteras empíricas.

La mortalidad general ha ido disminuyendo: de 11,5 por 1.000 habitantes en 1958 pasó a 10,7 en 1959, y a 8,4 en 1960. También ha descendido la mortalidad infantil: hubo 102 muertos por 1.000 nacidos vivos en 1958; 92,7 en 1960 y 87,4 en 1961.

Los nacimientos con asistencia profesional pasa-

ron de 41,3 % en 1958 a 49,2 % en 1960 y a 48,5 % en 1961.

*Formación de personal.* Para este fin el Ministerio concede 38 becas a universitarios para estudios en el propio país; además, en 1961, 48 funcionarios fueron enviados a perfeccionarse y a capacitarse en diversas especialidades de salud a varios países de las Américas y Europa.

También se desarrollan normalmente los cursos de enfermería, asistencia social y obstetricia a nivel universitario y los cursos ordinarios de capacitación de auxiliares de enfermería, de laboratorio, saneamiento, etc. En 1961 se realizaron cuatro seminarios regionales y generales de saneamiento ambiental, educación sanitaria e higiene materna y prenatal, así como 11 cursos de diversa duración en varias especialidades, recibiendo preparación técnica un total de 285 personas.

En 1961, el Ministerio estuvo representado y participó en 10 reuniones internacionales sobre diversas especialidades.

*Enfermedades venéreas.* Después de la campaña intensiva realizada de 1952 a 1957 para el control de las enfermedades venéreas en la población comprendida entre 15 y 50 años de edad, se notó un marcado descenso en este tipo de enfermedades. Pero desde 1958 se advierte la tendencia a un franco aumento, especialmente en la capital y en las ciudades fronterizas. Los datos disponibles no son tan fidedignos como sería de desear, debido a notificación deficiente, automedicación de los pacientes y prostitución ilegal en el país, pero es evidente que estas enfermedades existen en importante proporción.

*Enfermedad de Chagas.* Es un mal relativamente nuevo, pero que ha adquirido importancia. Diversas investigaciones realizadas muestran que la enfermedad se encuentra extendida en todo el territorio nacional. De 76 casos clínicos registrados hasta 1961, 57 tuvieron formas agudas y 19 crónicas. En 1961, de 299 casos examinados en zonas rurales, el 30,7 % estaban infestados por triatomas, y de 554 vinchucas capturadas, el 20,2 % estaban infestadas por el *Trypanosoma cruzi*.

*Rabia.* Desde hace dos meses se está realizando una campaña antirrábica intensa en la capital.

*Tétanos.* Constituye aún un problema que inspira preocupación; abarca a todo el país y en especial afecta a la capital. Tenemos una alta tasa de incidencia y de letalidad, y las cifras son mayores en el recién nacido por mala atención del parto y, cuando lo es, por parteras empíricas. Con las medidas adoptadas se observa la tendencia a la disminución de ambas tasas.

*Nutrición.* Las hojas de balance preparadas por el Departamento de Nutrición del Ministerio en relación con los últimos 10 años revelan adecuada disponibilidad de calorías, pero con predominio de hidratos de carbono, poca disponibilidad y consumo de legumbres y hortalizas, frutas sólo en cantidad suficiente en la estación que las produce, y escaso consumo de huevos, pescado y productos lácteos.

La población es esencialmente carnívora, pero la dieta es monótona, pues la carne bovina se acompaña sólo con mandioca, maíz y en menor frecuencia batata, zapallo y leguminosas. Las encuestas realizadas revelan un alto índice de caries dental entre los escolares, pero por debajo de lo normal; en los escolares de algunas zonas del país se observan porcentajes variables. El porcentaje de distrofia es relativamente alto en niños que acuden a las clínicas, y entre las madres desnutridas y que han amamantado a sus hijos por un corto período.

Para remediar esta situación se sigue desarrollando un programa triministerial (a cargo de los Ministerios de Salud, Educación y Agricultura) sobre los problemas de alimentación y educación nutricional, que en 1961 se llevó a cabo en 80 escuelas y centros de salud de 54 poblaciones y este año se amplió a 60 escuelas más y centros de salud de 28 nuevas localidades. Se establecieron huertos y granjas escolares y comunales; se proporcionó adiestramiento en economía doméstica y se fomentó la plantación de árboles frutales. En 1961 se beneficiaron diariamente de raciones de leche en polvo 70.575 escolares, así como 9.335 personas adultas en centros de salud, que recibieron 770.000 libras de leche donadas por el UNICEF.

Se realizó una encuesta de alimentación, siguiendo un muestreo fijado por un estadístico de la FAO en la capital y en nueve localidades del interior, y anualmente se confeccionan hojas de balance de alimentos para establecer las disponibili-

dades existentes. Se han recopilado datos para la confección de tablas de peso y talla de grupos de edad de 0 a 25 años, clasificadas por sexos.

*Bocio.* Desde 1958 se yoda toda la sal introducida en el país y desde este año se cuenta con una planta más de yodación, de mayor capacidad para la capital, donada por el UNICEF. Según una encuesta reciente, la incidencia del bocio ha disminuido en un 23 % entre los escolares de la capital y en un 12,8 % entre los del interior.

*Actividades bioestadísticas.* Se han descentralizado las actividades de supervisión y asesoramiento, para lo cual se han creado dos oficinas regionales de bioestadística que cuentan con técnicos preparados en escuelas de salud pública del extranjero, y otras dos están en formación.

Se ha reorganizado el Comité Nacional de Estadísticas Vitales y Sanitarias, que está cumpliendo su cometido. Se ha perfeccionado un convenio con la Dirección General de Estadística y Censos, para evitar la duplicación de la elaboración de los datos de estadísticas vitales. Por otra parte, se reorganizó la oficina de bioestadística del centro de salud del barrio obrero de la capital, para utilizarla como oficina de demostración de las clases prácticas de bioestadística en los cursillos programados para esta especialidad.

En todos los cursos de capacitación para médicos, enfermeras, obstetras y personal paramédico realizados, se ha dedicado cierto número de horas a enseñar bioestadística a este personal.

También se ha organizado un curso especial sobre clasificación y codificación de enfermedades, dictado en el país por el Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades (CLACE).

El personal del Departamento de Bioestadística ha participado en seminarios y conferencias en el país y en el extranjero. Por otra parte, funcionarios del citado Departamento han seguido cursos ordinarios de esta especialidad en universidades extranjeras. Además, se están dando cursos de bioestadística en las Escuelas de Enfermería, Obstetricia y Servicio Social, y también se facilitan nociones sobre esta materia en las Facultades de Medicina y Odontología, a cargo de la cátedra de salud pública. Hemos de señalar, a este respecto, que se ha presentado a la Facultad de Medicina un proyecto para la creación de cursos de bioestadística. En 1961, más de 30 funcionarios

participaron en cursillos sobre estadísticas vitales y sanitarias.

Con las limitaciones que nos impone la falta de recursos, se ha dado asesoramiento a nivel local y central, se han preparado nuevas normas y se han revisado otras, tendientes a uniformar los criterios y mejorar la calidad de los datos estadísticos. Desde mayo de 1961 se ha contado con la colaboración de un consultor en estadística de la OSP/OMS.

Se está colaborando asimismo en los trabajos preparatorios para el censo de población y vivienda, que se levantará el 14 de octubre de 1962.

El Comité Nacional de Estadísticas Vitales y Sanitarias aprobó un proyecto de programa para el mejoramiento de las estadísticas vitales del país; es un acabado estudio sobre el sistema imperante y las modificaciones que es necesario introducir para mejorarlo y comprende un plan de trabajo de cuatro años, que consolidará definitivamente los progresos que se están haciendo en este campo de la estadística.

Por otra parte, el mismo Comité ha creado un subcomité encargado de elaborar un proyecto de mejoramiento de la notificación y registro de las enfermedades transmisibles, trabajo que está en su fase final y que permitirá centralizar las notificaciones en una sola oficina, para evitar las duplicaciones. Además, se ha implantado un sistema para determinar la morbilidad hospitalaria, sistema que está en la fase de experimentación; se ha iniciado la recopilación de información estadística de hospitales que pueda servir para fines de administración, planeamiento y programación de la atención médica, y se han mejorado los sistemas de control de recepción y calidad de la información, lo que está permitiendo contar con datos de mejor calidad y con mayor puntualidad.

Hay que mencionar asimismo que se han publicado regularmente—y al año siguiente al que corresponden los datos—anuarios de estadísticas vitales, de servicios prestados y de enfermedades transmisibles. También se ha mejorado la puntualidad en el envío de los informes sobre enfermedades transmisibles y otras, con lo que damos cumplimiento a los convenios internacionales, y se han realizado progresos en el uso de los datos estadísticos, tanto respecto a los propios servicios del Gobierno, como a entidades privadas, lo que es resultado de la mayor fidelidad y puntualidad con que se elabora la información.



*Paludismo.* Desde fines de 1957 se ha venido realizando en el Paraguay un programa de erradicación del paludismo, que en diciembre de 1960 entró en el cuarto ciclo de cobertura integral con dieldrín, en el área considerada como malárica, que abarcaba 110.000 Km<sup>2</sup>.

En octubre de 1960, una comisión encabezada por el Jefe del Departamento de Erradicación de la Malaria de la OSP estudió la situación de la campaña y presentó un informe en el que, por sus repercusiones financieras, destacaban dos recomendaciones: una de aplicación inmediata, que se refería a la necesidad de tratar todas las habitaciones de la casa en vez de rociar sólo los dormitorios como se venía haciendo, y otra de aplicación más lejana, relativa al cambio del dieldrín por DDT. A su vez, las informaciones de que disponía el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA) indicaban que la enfermedad se encontraba más difundida en el país de lo que inicialmente se había pensado; pero se ignoraba su extensión real en los 400.000 Km<sup>2</sup> que mide el territorio del país.

En marzo de 1961, las autoridades nacionales y los representantes de los organismos que cooperan en el programa (OMS/OSP, AID y UNICEF), decidieron que se suspendieran temporalmente las operaciones de cobertura integral para permitir: a) que el personal del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo se dedicara exclusivamente a delimitar con exactitud la extensión del área malárica y a preparar la nueva fase de la campaña sobre la base de dicha área considerablemente ampliada y en un doble rociado anual con DDT, y b) que los fondos asignados al SENEPA, insuficientes para financiar simultáneamente las operaciones de rociado y la programación, se destinaran exclusivamente a este último objeto.

Se elaboraron después planes para mejorar y ampliar la red de información, investigar las áreas consideradas no maláricas pero que registraban casos positivos, intensificar las investigaciones entomológicas, incrementar la educación sanitaria, mejorar las prácticas administrativas y de supervisión, iniciar un programa piloto de reconocimiento geográfico, censo y medición de casas y otras actividades. Esta labor se ha cumplido con la colaboración de los consultores de la OSP.

Como resultado de la ejecución de dichos planes, a fines de 1961 el SENEPA comprobó dos hechos

de fundamental importancia que le servirán para emprender las futuras actividades técnicas y científicas, necesarias para lograr el éxito, a saber: 1) que el paludismo endémico abarca todo el territorio nacional, por lo que se desecha desde ahora la anterior concepción que subestimaba la magnitud del problema y aparejaba el suministro insuficiente tanto de recursos humanos como materiales; y 2) que el vector principal (*Anopheles darlingi*) es autóctono, comprobación fehaciente que facilitará el planeamiento sobre bases reales de un programa nacional en la lucha tendiente a conseguir la interrupción de la transmisión del paludismo.

La ampliación de la red de información ha permitido analizar muestras de sangre de febriles y febriles recientes en mayor número de localidades, asegurándose la puntualidad en el envío de las muestras.

Toda esta labor, unida al mejoramiento en el nivel de educación sanitaria de las poblaciones, ha permitido al Servicio descubrir a tiempo un brote epidémico debido a *Plasmodium vivax* y *P. falciparum* que estalló en los primeros días de 1962 en los Departamentos de Amambay, San Pedro, Alto Paraná y Caaguazú, en los que se llevó a cabo inmediatamente un programa de "tratamiento presuntivo" con drogas antimaláricas de acción supresiva.

Aunque hasta la fecha la zona de alarma se halla circunscrita a los citados Departamentos, el Servicio está atento y vigilando sus probables derivaciones y consecuencias, pero sin suficientes recursos financieros para prevenir daños mayores.

En julio de 1961, el SENEPA recibió la visita conjunta de los asesores en malaria de la ICA y de la Sede de la OSP, quienes examinaron la información presentada sobre actividades técnicas, administrativas, funcionales y financieras del Servicio, y presentaron al Gobierno Nacional sus comentarios, impresiones y sugerencias, que fueron debidamente considerados y puestos en ejecución en todo cuanto fue posible, respondiendo en esa forma al decidido empeño de cumplir la parte que le corresponde en la gran tarea de erradicar el paludismo del país y contribuir así a detenerlo en el mundo.

Con el fin de iniciar la fase preparatoria de un programa de erradicación del paludismo en el Paraguay, se ha elaborado un plan detallado que se ha presentado al Gobierno de los Estados Unidos de América, solicitando cooperación financiera de

conformidad con el Plan de Emergencia del Programa de la Alianza para el Progreso, del Presidente John F. Kennedy, no habiéndose recibido todavía contestación.

En diciembre de 1961 se dio comienzo al programa piloto de reconocimiento geográfico, censo y medición de casas en los Departamentos de Guairá y Caazapá, que está dando ya resultados muy halagadores en cuanto a índices sobre superficie a

rociar, rendimiento de personal y consumo de material, proporcionando además datos exactos sobre la población y la ubicación de las localidades y solucionando importantes problemas de logística.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. González Torres. Con esta intervención, damos por terminada la sesión.

*Se levanta la sesión a las 11 h. 46 m.*

## SEXTA SESION PLENARIA

*Viernes, 24 de agosto de 1962, a las 14 h. 45 m.*

*Presidente: Dr. JOSÉ ALVAREZ AMÉZQUITA (México)*

### **Tema 1.11: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud**

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. De acuerdo con el orden del día, vamos a proceder en primer lugar a la elección del Director de la Oficina. Ruego al Dr. Sutter que dé lectura al procedimiento para dicha elección.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): La Comisión General estableció por unanimidad el procedimiento para la elección. Las disposiciones que rigen la elección del Director son las que vamos a leer a continuación.

*El Dr. Sutter (Subdirector, OSP) da lectura al párrafo E del Artículo 4, párrafo A del Artículo 21, y al párrafo A del Artículo 6 de la Constitución, y a los Artículos 42, 53 y 54 del Reglamento Interno.*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): Además, la Comisión General, en su segunda sesión celebrada ayer, estableció el siguiente procedimiento para la elección:

1. A los efectos de comprobación del quórum el Secretario leerá la lista de países participantes acreditados ante la Conferencia Sanitaria Panamericana siguiendo el orden alfabético inglés, e irá anotando los que contesten *presente*.

2. La Presidencia designará dos escrutadores de entre los miembros de las Delegaciones, para las operaciones de escrutinio. (Artículo 47 del Reglamento, segundo párrafo).

3. Los escrutadores designados se sentarán a la izquierda de la Presidencia en la Mesa, verificarán que la urna está vacía, la cerrarán y colocarán a la vista de todos.

4. Se entregará a cada una de las Delegaciones presentes una boleta de votación en blanco. Esta boleta lleva un membrete con el título oficial de la Conferencia.

5. La Presidencia invitará a los señores Delegados que hayan de votar en nombre de sus respectivos países a que avancen hasta el estrado presidencial y depositen las boletas en la urna.

6. El Secretario llamará a las Delegaciones por el orden alfabético inglés, y cuando el último país con derecho a votar haya votado, volverá a llamar a las Delegaciones que no lo hayan hecho anteriormente, y la Presidencia dará por terminada la votación.

7. Entonces se procederá al escrutinio de la manera siguiente:

- a) Los escrutadores abrirán la urna y contarán las boletas para determinar el número total depositado y las que son válidas. Se considerarán válidas las boletas en que aparezca un solo nombre, escrito con letra legible. Se considerarán nulas las boletas en que figure más de un nombre, las que estén firmadas y las en blanco.
- b) Los señores escrutadores anotarán en unas hojas especiales, que tendrán a su disposición sobre la mesa en el lugar que han de ocupar, los datos de la votación, que son los siguientes: número de boletas depositadas, votos válidos, votos nulos, y votos en favor de las personas que figuren en las boletas.

- c) Los señores escrutadores firmarán la hoja correspondiente a la votación y la pasarán a la Presidencia, junto con las boletas.
- d) La Presidencia leerá los resultados que figuren en la hoja firmada por los señores escrutadores, y si alguna persona ha alcanzado la mayoría requerida, la declarará elegida. En otro caso, procederá a abrir una nueva votación conforme a lo dispuesto en el tercer párrafo del Artículo 53 del Reglamento Interno.

8. Cualquier caso no previsto en el procedimiento establecido anteriormente se someterá a la consideración de la Conferencia.

El PRESIDENTE: ¿Están los señores Delegados de acuerdo con el procedimiento para la elección establecido por la Comisión General? ¿Hay alguna objeción? Se va a proceder a determinar el quórum. Ruego al Dr. Sutter que pase lista.

*El Dr. Sutter (Subdirector, OSP) pasa lista e informa que están presentes las Delegaciones de 24 Gobiernos de la Organización.*

El PRESIDENTE: Se ha comprobado que existe quórum. La Presidencia se permite designar al Dr. Terán Valls, de Costa Rica, y al Dr. García Sánchez, de México, como escrutadores, y les ruega que tomen asiento en la Mesa. El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México): La Delegación de México, teniendo en cuenta la posición congruente que en el ambiente internacional ha sostenido México ante los problemas humanos y tomados en consideración los hechos que han culminado con la meritoria actuación que ha tenido en este sentido el Dr. Abraham Horwitz, se permite proponerlo, y yo lo hago en su nombre, para Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en el período de 1962 a 1966.

Profesional muy conocido de todos ustedes, por los atributos de su personalidad en la lucha y en el campo de la salud pública en nuestro Continente; profesor, por concurso, de Medicina Preventiva en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, tomó parte con una actuación extraordinaria en los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud, representando a su país, y actuando en múltiples reuniones de los mismos.

Fue electo Director de la OSP por la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, e investido con esta categoría ha sido uno de los arquitectos en el desarrollo del concepto de integración del factor sa-

lud en los fenómenos económicos de los países de América, de tal manera que como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ha constituido el instrumento, previa aprobación de los Cuerpos Directivos, para dar a nuestra Institución en las Américas una nueva estructuración al trabajo que desarrolla, pudiendo mencionarse entre los problemas resueltos debido a su acción, la creación del Fondo Especial para el Fomento de la Salud con una contribución de la Fundación W. K. Kellogg. Además, de acuerdo con los recursos de la Organización, ha servido el Dr. Horwitz fielmente a los países americanos cuando éstos han solicitado colaboración en múltiples campos de la salud pública. Merece destacarse también su actitud de verdadera devoción y cariño a los postulados humanos, por los que el mundo viene propugnando.

Por estos y otros motivos, la Delegación de México, congruente con su política internacional que propugna básicamente el respeto a la dignidad del hombre, ratifica su proposición para que sea electo, en esta ocasión, tan distinguido elemento que garantiza esos principios en el campo de la salud pública y los intereses, en este aspecto, de nuestros pueblos hermanos de América.

El PRESIDENTE: ¿Algún otro Delegado quiere hacer la presentación de un candidato? Tiene la palabra el Delegado de Colombia.

El Dr. PÉREZ ARCHILA (Colombia): Es para mí un honor como Delegado de Colombia, hacer la presentación ante esta Conferencia del nombre de Arnólido Gabaldon. Sé muy bien que su nombre es conocido internacionalmente por sus actividades en la salud pública de su país. Dedicó todos sus esfuerzos, sus experiencias y energías a planear y realizar la obra cumbre de la salud pública venezolana: la iniciación de las campañas de erradicación del paludismo. Así se registran alrededor de 400.000 Km<sup>2</sup> libres de paludismo en el territorio venezolano, que constituyen hoy día el área más grande después de las liberadas en los Estados Unidos de América y la Unión Soviética. En su carácter de especialista en malariología, Arnólido Gabaldon ha formado parte, varias veces, del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud y ha sido invitado por ella para asesorar en programas antimaláricos de varios países.

Un aspecto importantísimo de la obra de Gabaldon constituye la orientación dada a las acti-

vidades de saneamiento ambiental, acueductos y apertura de vías, actividades extendidas hoy a todas las zonas rurales del territorio venezolano. Desde 1936 ha asistido a diferentes conferencias dentro y fuera de su país, a las Conferencias Panamericanas de Directores Nacionales de Sanidad y a las Conferencias Sanitarias Panamericanas. Fue Presidente de la Comisión Panamericana de Malaria, desde su establecimiento en 1942 hasta 1947. Fue Presidente de la Comisión IV en la Conferencia Internacional de Salud, celebrada en Nueva York en 1946, Conferencia que originó la creación de la Organización Mundial de la Salud.

Asistió como miembro de la Comisión Interina de la misma. Desde febrero de 1959 ha sido Ministro de Sanidad y Asistencia Social de la República de Venezuela. A todo esto une Arnoldo Gabaldon su fe en los grandes programas y en la solución de los problemas que se presentan en la ejecución de ellos. Todo lo anterior hace que Arnoldo Gabaldon sea un candidato natural a la Dirección de la Oficina Sanitaria Panamericana. Postular es reconocer los méritos a muchos de los hombres que han dedicado su vida al servicio de la humanidad, postular es base para la elección, elegir es un derecho de vosotros.

El PRESIDENTE: Ruego a los Dres. Terán Valls y García Sánchez, que pasen a ocupar sus puestos como escrutadores.

*Los Dres. Terán Valls y García Sánchez pasan a ocupar sus puestos en la Mesa.*

El PRESIDENTE: El procedimiento consiste en que la Secretaría reparta las boletas a cada una de las Delegaciones de los diversos países aquí reunidos. Ruego al Dr. Sutter que así lo ordene.

*Se procede a la distribución de boletas a las Delegaciones.*

El PRESIDENTE: Invito a los señores Jefes de Delegación a que, al ser pronunciado el nombre de sus respectivos países, avancen al estrado presidencial y depositen sus boletas.

*El Dr. Sutter (Subdirector, OSP) llama a las Delegaciones por orden alfabético inglés, a saber: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Francia, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Reino de los Países Bajos, México,*

*Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Reino Unido, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela.*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): Señor Presidente, los 24 Gobiernos representados en la Conferencia han votado.

*Los escrutadores proceden seguidamente al recuento de las boletas y comunican al Presidente el resultado de la elección.*

El PRESIDENTE: El resultado de la votación ha sido el siguiente: número de boletas depositadas, 24; boletas válidas, 24; boletas nulas, ninguna. Votos obtenidos: Dr. Abraham Horwitz, 15; Dr. Arnoldo Gabaldon, 8; Dr. Luther L. Terry, 1. De acuerdo con esta votación declaramos electo Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, por mayoría al Dr. Abraham Horwitz.

*Entra al salón el Dr. Abraham Horwitz, acompañado por los escrutadores.*

*Aplausos.*

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Venezuela.

El Dr. CASTILLO (Venezuela): Con la presente intervención, la Delegación de Venezuela desea expresar su criterio respecto al tema de la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Será consignada por escrito en la Secretaría para que no haya lugar a equívocos y figure así en el acta respectiva.

La candidatura del Dr. Arnoldo Gabaldon fue presentada por nuestro Gobierno a las diferentes Cancillerías de los países de la Organización, después de una encuesta hecha personalmente ante las autoridades sanitarias de todos, con excepción de dos, muchas de las cuales habían manifestado con anterioridad su simpatía en repetidas ocasiones, en forma espontánea e interesada a nuestro favor.

Habiendo demostrado la encuesta, realizada en la esfera técnica, un respaldo mayoritario, se hizo oficialmente la petición de apoyo por las vías correspondientes. Con sorpresa recibimos la noticia de que varios Gobiernos estaban comprometidos por vía diplomática con el país postulante del otro candidato, lo que ignoraban las respectivas autoridades sanitarias. Este hecho pone de manifiesto que la elección del Director de la Oficina Sanitaria

Panamericana ha dejado de ser un asunto a considerar con fundamentos principalmente técnicos y ha pasado a ser solamente una cuestión de tipo político, en la cual, por otra parte, no hemos dejado de observar un desconocimiento de ciertos elementos que, forzosamente, debieron ser tenidos en cuenta en función de la naturaleza que, definitivamente, parece haber asumido el hecho de la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Tres factores más nos daban aliento para presentar la candidatura del Dr. Gabaldon, todos provenientes de un significativo sector gubernamental norteamericano. El primero, la información obtenida tres semanas antes de la elección, de que el Gobierno de los Estados Unidos de América no había tomado decisión alguna y la adoptaría sólo después de haber explorado cuidadosamente las intenciones de los otros países. El segundo, la opinión de que sería conveniente tener casi unanimidad para poder presentarse a una reelección. El tercero, el criterio de que quien contara en el momento de la elección con 12 votos, dada la dificultad de estar todos los países presentes, la tendría ganada. Esto último fue interpretado por nosotros como el deseo sincero del Gobierno de los Estados Unidos de América de ser imparcial en este caso. Esta imparcialidad era muy necesaria, pues sabida es la repercusión que tiene la opinión de ese Gobierno en los últimos momentos para los asuntos de esta clase.

Por los motivos antes citados, presentamos a la Delegación de los Estados Unidos de América una lista de los países con cuyos votos contábamos. Pedimos, además, a los representantes de esos países que confirmaran con miembros de dicha Delegación su voto a nuestro favor. Sorprendidos quedamos al conocer oficialmente, aquí en Minneapolis, que el Gobierno de los Estados Unidos de América había resuelto variar su tradicional y ofrecida posición de neutralidad, pues ya había decidido su voto para la fecha de la inauguración de esta Conferencia, lo que fue dado a conocer a varios Delegados. Este modo de proceder nos perjudicaba, por los motivos antes nombrados, y así fue comunicado a nuestro Gobierno.

El resultado de esta elección no nos ha sido favorable. Pero hemos considerado nuestro deber informar oficialmente lo anteriormente expuesto, con toda sinceridad, a quienes honestamente nos

acompañaron en nuestros esfuerzos. La Delegación de Venezuela acepta respetuosamente la decisión final y me complace manifestar que continuará brindando su ayuda y cooperación a la Organización Panamericana de la Salud, de acuerdo con su actitud hasta el presente, como ha sido reconocido por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, a quien presento nuestras felicitaciones por su reelección.

Finalmente, señor Presidente y señores Delegados, quiero manifestar, en nombre de mi Delegación y en el mío propio, nuestro más alto agradecimiento a todos los presentes que tuvieron fe en nuestro candidato y lo respaldaron con su voto en todo momento. Estoy seguro que también el doctor Gabaldon, hombre de corazón humilde, ha sabido comprender lo aquí sucedido y guardará para todos su mayor afecto.

El PRESIDENTE: Todo lo que se dice en la sesión plenaria consta en acta y el punto de vista muy particular de usted, a pesar de que el voto es secreto, se hará constar como pide. Por otra parte, lo más importante de su declaración ha sido ese espíritu de cooperación, que después de una votación llevada al extremo de la legalidad, permite que, cordialmente, la Delegación de Venezuela le dé un voto de confianza al Dr. Abraham Horwitz, como Director al frente de la Oficina Sanitaria Panamericana. El Delegado de Chile tiene la palabra.

El Sr. MÜLLER (Chile): Deseo hacer uso de la palabra para agradecer en la forma más sincera, en representación de mi Gobierno, al Delegado de México que presentó la candidatura de reelección del Dr. Horwitz, y a todos y cada uno de los Delegados que con su voto hicieron posible esta reelección. No voy a extenderme para señalar la calidad del Dr. Horwitz; celebro sí, su conocimiento técnico, la demostración de la obra ya realizada y la posibilidad de que al continuar en este cargo, desarrolle su tarea en beneficio de la salud de las Américas, y planeé con garantía de éxito los trabajos futuros.

El PRESIDENTE: Vamos a suspender la sesión durante unos minutos.

*Se suspende la sesión a las 15 h. 30 m. y se reanuda a las 15 h. 55 m.*

El PRESIDENTE: Antes de proceder a la elección de los Países Miembros que han de integrar el Comité Ejecutivo, por haber llegado a su término el mandato de Colombia y El Salvador, voy a conceder la palabra al Dr. Abraham Horwitz.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP): Quiero agradecerles muy sinceramente esta nueva muestra de confianza que me han concedido al designarme Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por un nuevo período.

Me atrevería a interpretar la decisión de ustedes como una aprobación de la obra realizada y como un respaldo a la política seguida, e interpretarla, a la vez, como una muestra de estimación, de identificación con la serie larga de nuestros funcionarios que bondadosa y generosamente, y muy a fondo, colaboran a la obra que los Gobiernos realizan.

Si esta interpretación fuera correcta, yo he pensado que lo que procede hacer en este período es consolidar lo iniciado y expandir lo realizado.

Quisiéramos ver terminada en este período la erradicación de algunas enfermedades transmisibles; que no hubiera más viruela, ni existiera el vector urbano de la fiebre amarilla en el Continente; que se progresara en la erradicación de aquellas otras enfermedades que ustedes han resuelto terminar en el Continente con la colaboración internacional. Quisiéramos igualmente que en este período se avanzara en la formación de técnicos, profesionales y auxiliares; que mejorara la calidad de los servicios; que se desarrollara el programa de investigación científica a largo plazo, que hemos iniciado de una manera decidida.

Si procediéramos así y lográramos los resultados con que soñamos en este momento, cumpliríamos seguramente con el deseo de ustedes y realizaríamos los postulados que informan toda la obra de la Organización. Quisiéramos ver también en este período que los Gobiernos preparasen sus primeros planes nacionales de salud y que los mejorasen mediante evaluaciones periódicas, de manera que sirvieran de pauta en el futuro a pesar de cualquier cambio en la política de nuestros países. Así sintetizaría lo que nos proponemos hacer.

Me parece apropiado recordar lo que tuve ocasión de exponer en octubre de 1958, cuando me honraron ustedes con la dirección de la Oficina. Dije así: "Para que los progresos de la ciencia se pongan realmente al servicio de los hombres, de-

ben someterse a los valores de un humanismo universal que es posible por sobre las diferencias de ideologías, de razas, religiones y naciones". Yo pienso que el momento actual que vive este Continente justifica, aún más que hace cuatro años, la realización de lo que esta frase encierra.

Para terminar, señor Presidente, permítame una nota personal. Vibra en mi espíritu, probablemente como consecuencia de lo que ha ocurrido en el día de hoy, y dada su trascendencia, este concepto que he visto tan bien expresado: el hombre moderno ansía la nobleza y procura expresarla por aquellos actos y palabras que armonizan la sencillez con la verdad.

*Aplausos.*

**Tema 1.12: Elección de dos Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Colombia y El Salvador**

El PRESIDENTE: Vamos a proceder seguidamente a la elección de dos Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo. Ruego al Dr. Sutter que lea las disposiciones constitucionales y reglamentarias que han de regir esta votación.

*El Dr. Sutter (Subdirector, OSP) da lectura al párrafo D del Artículo 4, y al párrafo A del Artículo 15 de la Constitución, y a los Artículos 41, 42, 47, 48, 49, 51 y 52 del Reglamento Interno de la Conferencia.*

El PRESIDENTE: Rogamos a los Delegados que, si así lo desean, propongan candidatos. Tiene la palabra el Delegado de Venezuela.

El Dr. CASTILLO (Venezuela): Nuestra Delegación propone a la República Dominicana para formar parte del Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: El Delegado de la República Dominicana tiene la palabra.

El Dr. PEREZ MERA (República Dominicana): Me permito proponer la candidatura del Ecuador.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Panamá.

El Dr. GONZÁLEZ RUIZ (Panamá): La Delegación de mi país tiene el alto privilegio de proponer a Costa Rica, país pequeño pero muy bien organi-

zado, orgullo de nuestra América Latina, y que desde hace 14 años no ha formado parte del Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: El Delegado de Nicaragua tiene la palabra.

El Dr. URCUYO (Nicaragua): La Delegación de mi país apoya la candidatura de Costa Rica.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos de América tiene la palabra.

El Dr. TERRY (Estados Unidos de América) (*traducción del inglés*): Apoyamos la candidatura de Costa Rica.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Brasil.

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) (*traducción del portugués*): Deseo apoyar la propuesta para que el Ecuador forme parte del Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. PADILLA (Argentina): Esta Delegación propone a los Estados Unidos de América para formar parte del Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: ¿Algún Delegado desea hacer otra proposición? Entonces, procederemos a la designación de dos escrutadores. Rogamos al doctor Azurdía, de Guatemala, y al Dr. Urcuyo, de Nicaragua, que actúen de escrutadores.

*Los Dres. Azurdía y Urcuyo pasan a ocupar sus puestos en la Mesa.*

El PRESIDENTE: Se van a distribuir las boletas de votación. Tiene la palabra el Delegado de México.

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México): Ruego a la Secretaría nos informe si se va a votar por uno o por los dos puestos vacantes en el Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: Se deben inscribir dos nombres de países. El Dr. Sutter irá pasando lista para que, en votación secreta, sea depositado el voto en la urna.

*Se procede a la votación y los escrutadores comunican el resultado al Presidente.*

El PRESIDENTE: El resultado de la votación para la elección al Comité Ejecutivo es el siguiente:

número de boletas depositadas, 24; boletas válidas, 24; boletas nulas, ninguna. Votos obtenidos: Costa Rica, 21; Estados Unidos de América, 14; Ecuador, 9; y República Dominicana, 4. De acuerdo con esta votación, declaramos electos como nuevos miembros del Comité Ejecutivo a Costa Rica y a los Estados Unidos de América.

### **Tema 1.13: Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y la XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas (continuación)**

El PRESIDENTE: Vamos a seguir con la presentación de los informes de los países sobre la labor realizada durante el último cuatrienio. El Delegado del Uruguay tiene la palabra.

#### *Informe de la Delegación del Uruguay*

El Dr. VIDOVICH (Uruguay): Deseo ser muy breve en mi exposición. Voy a resumir la información sobre el estado actual de diversas actividades de salud pública en el Uruguay.

*Erradicación del Aedes aegypti.* Quedó terminada en 1958, y se sigue la labor ordinaria para mantener los objetivos alcanzados.

*Viruela.* El último caso se notificó en 1961, y no se trataba de un caso autóctono.

*Paludismo.* No existen en el Uruguay casos autóctonos.

*Tuberculosis.* Continúa la campaña iniciada en 1948, que comprende los siguientes aspectos:

1) Asistencia economicosocial que consiste en asignar pensiones a los familiares de enfermos, con el fin de evitar que pasen dificultades económicas durante el tratamiento del paciente en el hospital o en el domicilio.

2) Profilaxis de la tuberculosis mediante: a) exámenes colectivos, utilizando dispensarios móviles que ya han realizado tres campañas y otra está en marcha (en el dispensario se hace abreugrafía y administración de BCG por vía oral); b) control de focos, que se realiza por intermedio de los 18 distintos centros departamentales y los dispensarios fijos de la capital; c) vacunación con BCG, que se practica a casi todos los recién na-

cidos y a los adultos con reacción negativa; (no hay mayor resistencia a la vacunación; puede calcularse que el 95 % de la población la acepta); y d) quimioprofilaxis, que se efectúa de acuerdo con la escuela italiana de Zorini.

3) Educación sanitaria, que se efectúa por visitadores.

4) Estadísticas. Desde 1957 en que la estadística marcaba una mortalidad de 21,9 por 100.000 habitantes ha ido descendiendo, siendo actualmente de 18,1 por 100.000. Sólo los Estados Unidos de América y el Canadá presentan una estadística mejor.

En cuanto a los programas de nutrición, debo adelantar que acaba de realizarse una encuesta sobre el estado nutricional de nuestra población, con la ayuda del Comité Interdepartamental de Nutrición para la Defensa Nacional de los Estados Unidos de América. Los resultados finales de esta encuesta serán publicados en el próximo mes de diciembre; hay algunos resultados parciales que tengo a la disposición de los señores Delegados.

Por lo que se refiere al abastecimiento de agua, he de informar que se están ampliando en la ciudad de Montevideo las redes de conducción de agua potable, con la ayuda del Banco Interamericano de Desarrollo, lo que hará aumentar el agua disponible en un 40 por ciento. En las ciudades del interior también se están ampliando los servicios de agua mediante perforaciones, habiéndose realizado hasta ahora 55 con ese fin; además, pronto se iniciarán los trabajos para proveer de nuevas fuentes a las poblaciones de Maldonado, San Carlos, Piriápolis y Punta del Este, aprovechando las aguas de la laguna del Sauce. Respecto a la profilaxis de la poliomielitis, se está realizando actualmente un programa de vacunación colectiva de la población comprendida entre los 3 meses y 20 años de edad. Se emplea la vacuna tipo Sabin, administrada por vía oral. Se calcula que cerca de 1.000.000 de personas reciben el beneficio de la vacunación y, según las últimas noticias que tengo, la campaña se desarrolla de acuerdo con el plan previsto.

He de señalar asimismo que el Plan de Salud Pública Rural se desarrolla normalmente, con la ayuda prestada por UNICEF. Por último, en lo que atañe a planificación, el Ministro de Salud Pública ha creado una oficina que trabaja en un

plan para desarrollar y reorganizar algunos servicios del Ministerio.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Vidovich. El Delegado de Cuba tiene la palabra.

#### *Informe de la Delegación de Cuba*

El Dr. MACHADO VENTURA (Cuba): La Delegación del Gobierno Revolucionario cubano desea señalar, antes que nada, que es precisamente en el cuatrienio de 1958-1961 y específicamente en los tres últimos años, o sea, después del 1 de enero de 1959, cuando con el advenimiento del Gobierno Revolucionario ha experimentado la salud pública cubana sus mayores avances y progresos. Por esto nuestro informe no podrá ser muy escueto, por mucho que tratemos de sintetizar.

Cuba es una isla con una extensión territorial de 114.500 Km<sup>2</sup>; su longitud es de 1.200 Km y su anchura varía entre 40 y 20 Km. La población el 30 de junio de 1962 era de 7.022.300 habitantes, de los que 3.559.882 eran varones y 3.462.468 mujeres; de estos totales, 221.100 eran niños menores de un año; 779.058 de 1 a 4 años de edad, y 1.517.989 de 5 a 14 años. Por otra parte, 4.504.193 habitantes, es decir, el 64,14 %, eran mayores de 14 años.

La tasa de mortalidad en Cuba es de 6,5 por 1.000 habitantes; la de mortalidad por gastroenteritis, de 43,3 por 100.000 habitantes; la de mortalidad por enfermedades parasitarias, de 34,0 por 100.000 habitantes; la de mortalidad por tuberculosis, de 17,2 por 100.000 habitantes, y la de mortalidad por fiebre tifoidea, de 0,9 por 100.000 habitantes.

En toda la República hay 38.284 camas asistenciales. La proporción de estas camas por 1.000 habitantes en las seis provincias es la siguiente: Pinar del Río, 1,81; La Habana, 7,49; Matanzas, 2,48; Las Villas, 2,84; Camagüey, 3,19, y Oriente, 4,98, lo que representa un índice general en el país de 5,5 camas por 1.000 habitantes.

En Cuba existe en la actualidad una proporción de 0,9 médicos por 1.000 habitantes. El 4,4 % de ellos están en la provincia de Pinar del Río; el 59,3 % en la de La Habana; el 4,9 % en la de Matanzas; el 11,1 % en la de Las Villas; el 7,0 % en la de Camagüey, y el 13,3 % en la de Oriente.



El 60 % de los médicos trabajan en el Ministerio de Salud Pública.

Estos son de modo general los recursos de que dispone Cuba en el momento actual en el campo de la salud pública. Informaremos, en primer término, sobre aquellos programas en los que Cuba tiene convenios con esta Organización Panamericana de la Salud y, además trataremos también los puntos señalados en el informe del Director de la Oficina, a los que recomienda que debemos dar preferencia.

Tiene nuestro país compromisos sanitarios internacionales que cumplir, tales como los convenios firmados con la OPS para llevar adelante la ejecución de los trabajos que permitan erradicar el paludismo de nuestra Patria, así como satisfacer la vieja deuda que ha tenido Cuba con nuestro sabio Carlos J. Finlay, y que será saldada por el Gobierno Revolucionario, pues ya está en ejecución, desde hace más de tres años, la lucha contra el agente transmisor de la fiebre amarilla, debiendo precisar que la enfermedad no existe en nuestro territorio.

*Paludismo.* El 26 de febrero de 1959, el Ministerio de Salud Pública del Gobierno Revolucionario suscribió con la Oficina Sanitaria Panamericana un convenio para llevar a cabo la etapa preparatoria del programa de erradicación de la malaria, mediante el cual el Gobierno Revolucionario aportaría el total de gastos de esta primera etapa de la campaña.

El 26 de agosto de 1960 y en ocasión de ser Cuba sede de la XII Reunión del Consejo Directivo, tuvo el honor el que les habla de ser signatario, en representación del Gobierno Revolucionario, de un acuerdo con la misma Oficina para ejecutar el programa de erradicación propiamente dicho. Los detalles de los progresos realizados y del estado actual de la campaña antipalúdica en Cuba figuran en el folleto que nuestra Delegación ha traído a esta Conferencia, titulado "Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo", que contiene los datos hasta el 30 de junio del presente año. Esta campaña se ha desarrollado, tanto en lo que se refiere al tiempo como a los aspectos técnicos, de acuerdo con lo que estaba previamente programado, lo cual es motivo de orgullo y satisfacción.

Debe destacarse la labor de los médicos del

Servicio Médico Social Rural (SMSR) en lo que respecta a la notificación de los casos, ya que por estar estos médicos distribuidos en mayor proporción precisamente en aquella zona del país donde existe el foco mayor, y digno de consideración, la provincia de Oriente, han contribuido a facilitar extraordinariamente la labor de los responsables de la campaña. ¡Y qué decir de la ejemplar colaboración de las organizaciones de masas: Federación de Mujeres Cubanas, Comités de Defensa de la Revolución, Asociación Nacional de Agricultores Pequeños, etc., en su contribución a los puestos de notificación! Destaquemos la labor que en las regiones 1 y 2 han realizado, en lo que respecta a la notificación pasiva, ya que desde julio de 1961 a junio de 1962, en la región 2, los responsables de salud de estas organizaciones han enviado el 24,8 % del total de láminas y el 34,2 % de las láminas positivas de dicha región. Señala, pues, la Delegación cubana que probablemente la campaña quedará terminada antes de lo programado al entrar en acción un nuevo componente que no se había valorado al principio, es decir, no sólo la simple colaboración del pueblo en estas tareas sino también la adquisición progresiva de una elevada conciencia sanitaria y su participación cada vez más activa y directa en los problemas de salud.

*Aedes aegypti.* En lo que respecta a la campaña contra el *A. aegypti*, como bien saben los señores Delegados, Cuba firmó un primer convenio el 5 de noviembre de 1953 con la Oficina Sanitaria Panamericana, pero el pobre presupuesto asignado, la desidia, el desinterés y la corrupción de aquellos gobernantes que padeció Cuba hasta hace poco más de tres años, hicieron que no progresara al no prestar el calor y los recursos necesarios que una campaña de esta naturaleza requería. El segundo convenio no se firmó hasta el 26 de marzo de 1959, esta vez con el Gobierno Revolucionario, y fue entonces cuando comenzaron a desarrollarse de una manera activa, y con recursos, los programas para erradicar el *A. aegypti* de nuestra Patria. A partir de ese momento ya no fueron sólo 70 hombres y 150.000 pesos anuales los dedicados a este fin, sino 340 hombres y 840.000 pesos anuales. Como prueba de los progresos logrados en este sentido remitimos a los señores Delegados a la página 18 del folleto distribuido por la Delegación cubana titulado "Resumen de la labor de la campaña Anti-aegypti en Cuba,

desde su inicio hasta el 30 de junio de 1962", donde se puede comprobar que de 1952 a 1958, inclusive, es decir en siete años, la campaña atendió solamente 104 localidades y de 1959 al primer semestre del presente año, es decir, en sólo tres años y medio, se han cubierto 967 localidades, claramente nueve veces más trabajo en la mitad del tiempo que el empleado antes de 1959. Esta Delegación nuevamente expresa a la Conferencia que serán cumplidos todos los programas referentes a tan importante campaña.

*Tuberculosis.* Otro de los problemas comunes de nuestra América, y muy particularmente de la América Latina, que constituye a la vez que motivo de preocupación parte primordial de los esfuerzos de la Organización Panamericana de la Salud, es la tuberculosis pulmonar; pero a este respecto, si bien es importante la labor epidemiológica y asistencial, mayor aún es la gran tarea encomendada a los pueblos mismos de tratar de salir por todos los medios posibles del subdesarrollo económico, el mejor aliado de la tuberculosis. En el Informe Cuadrienal de la OPS aparece poca documentación respecto a la lucha antituberculosa en Cuba y es por culpa nuestra al no haber remitido en el tiempo requerido los datos y progresos que en este sentido Cuba ha obtenido; pero nunca mejor oportunidad que la brindada por esta XVI Conferencia para que sean conocidos y evaluados.

El Ministerio de Salud Pública fundamenta su plan de acción en la lucha contra la tuberculosis en los siguientes puntos:

1) Vacunación con BCG. Afirmamos enfáticamente que la intradérmica se realiza hoy en Cuba en todos los hospitales de maternidad y salas de maternidad de los hospitales generales, así como, óiganlo bien los señores Delegados, hasta en el más apartado de los hospitales rurales.

La glaciavacuna se emplea como vacunación y revacunación de los escolares, proyectándose para el próximo curso escolar la vacunación de todos los niños existentes en las escuelas de todo el territorio nacional. A partir de 1960 y hasta el primer trimestre del presente año se han empleado 593.402 dosis de BCG en Cuba, cifra ésta mayor que el total de vacunados en los últimos 20 años antes del primero de enero de 1959.

2) Búsqueda fotorradiográfica de casos en la población supuestamente sana. A tal efecto se han

distribuido en siete de las principales ciudades del país equipos fijos de fotofluoroscopia para complementar la labor de los equipos móviles destinados a este fin. Para tener una idea exacta del trabajo actual, diremos que en el segundo semestre de 1957 y todo el año 1958 se hicieron en Cuba solamente 18.000 microfotorradiografías pulmonares y que a partir del triunfo de la revolución, o sea, desde el primero de enero de 1959 las cifras son las siguientes: un total de 180.463 microfotorradiografías, en 1959; 224.735 en 1960; 199.146 en 1961, y en el primer semestre de 1962 un total de 68.450, lo que representa un total general de 672.794 microfotorradiografías. Además, el índice de prevalencia descubierto en 1959 fue de 1 % y el que tenemos en la actualidad es de 0,6 %, con una cifra promedio en los últimos tres años de 0,8 por ciento.

3) Aumento de la asistencia médica y tratamiento ambulatorio. En este punto señalaremos que a partir de 1960 se han aumentado 1.621 camas sobre las que existían en el país para la asistencia de los tuberculosos, teniendo en estos momentos un total de 4.650 camas dedicadas exclusivamente a este tipo de enfermedad. El Ministerio de Salud Pública ha fijado la meta de alcanzar 6.000 camas para tuberculosos en el próximo año. Además, con la aplicación del concepto de medicina integral en nuestra organización de salud pública a todos los niveles, el tratamiento ambulatorio ha ido en aumento constante y lógicamente ha llegado hasta las pequeñas localidades.

4) Aspecto económico y social. Este punto de la lucha antituberculosa en Cuba no lo ejecuta, como es sabido, el Ministerio de Salud Pública ni ningún otro ministerio; la Revolución como un todo es la encargada de cumplir y así lo hace cuando realiza una reforma agraria, una reforma urbana, una elevación del nivel de salarios, aumenta la capacidad adquisitiva del pueblo, erradica en un solo año en campaña ejemplar el analfabetismo, disminuye extraordinariamente el desempleo y, aun sin estar plasmado en ley, mantiene un subsidio permanente a todos los trabajadores afectados de tuberculosis pulmonar. (Esta ley de Seguridad Social será promulgada este año). Esto es en síntesis lo que en la lucha antituberculosa lleva adelante nuestra nación en los momentos actuales.

*Higiene ambiental.* Refiriéndonos a la higiene ambiental debemos informar que a principios de este

año se aprobó y está en marcha un plan de contrucciones de acueductos y alcantarillados por el Ministerio de Obras Públicas, así como otro de reconstrucción y ampliación de los existentes. Este plan, cuya duración será de 15 años, comprende nuevos acueductos para 126 poblaciones con una inversión de 49.345.000 pesos, nuevos alcantarillados para 17 poblaciones por un valor de 47.080.000 pesos, obras de mejoramiento y ampliación de acueductos existentes para 154 poblaciones por la suma de 68.185.000 pesos; y obras de mejoramiento y ampliación de alcantarillados existentes para 13 poblaciones con una inversión de 42.632.000 pesos. Todas estas obras serán realizadas de acuerdo con nuestras propias posibilidades económicas y utilizando exclusivamente los recursos de la nación.

En cuanto a letrinas sanitarias, en un solo año, o sea del 30 de agosto de 1960 al 30 de agosto de 1961, se distribuyeron e instalaron 50.000 letrinas, y en los dos últimos años se han construido decenas de pueblos nuevos en las áreas rurales con un total de 30.200 casas. En la lucha antivariólica, aunque la enfermedad no existe en Cuba, se cumplen los requisitos exigidos por el control internacional.

*Estadística y organización.* Desde el punto de vista de la labor a nivel de los departamentos y oficinas de estadística, en los últimos dos años hemos logrado establecer las condiciones básicas en estos departamentos a todos los niveles, labor que ha sido facilitada por la actual estructura del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, caracterizada por la descentralización administrativa y ejecutiva y la centralización normativa. A su vez, hemos logrado formar en los últimos dos años 52 técnicos en estadística y designar auxiliares de estadística en todas las unidades ejecutivas del Ministerio de Salud Pública a todos los niveles.

Es digna de mencionarse la transformación, en lo que a su estructura y organización se refiere, experimentada por el Ministerio de Salud Pública de Cuba en los últimos dos años. Una de las primeras tareas del Ministerio ha consistido en incorporar todos los servicios estatales de salud dispersos hasta entonces en otros organismos del Gobierno.

Hasta hace apenas dos años existían en nuestro país centros asistenciales dependientes de las municipalidades, de otros ministerios y oficinas públicas, de la Universidad Nacional, de los seguros sociales y otros centros asistenciales paraestatales en manos

de patronatos autónomos. Lógico es pensar lo difícil que resulta dar normas de carácter general y que éstas se adopten cuando existen tantos organismos dependientes de diferentes cabezas directrices. Hoy, por suerte, éste es un problema ya resuelto.

En la segunda mitad de 1961 se reestructuró todo el aparato del Ministerio basándose en el siguiente principio: centralización de las funciones de carácter normativo y descentralización de las funciones administrativas y ejecutivas, además de una delimitación clara en las actividades del Ministerio en lo que respecta a los conceptos de asistencia médica, higiene y epidemiología, así como economía y planificación. Es de destacar que la recomendación hecha aquí, en esta XVI Conferencia de la OPS, acerca de la creación de departamentos de planificación a nivel de los ministerios de salud pública, se está llevando a cabo en Cuba desde hace más de seis meses al crearse la Subsecretaría de Economía y Planificación, con los departamentos de planificación a corto y largo plazo y de inversiones. Este departamento está desarrollado ya hasta los niveles regionales.

En la actualidad el Ministerio de Salud Pública de Cuba cuenta con siete oficinas regionales encargadas de la ejecución y coordinación de los planes y tareas en las 126 zonales correspondientes del país, existiendo a todos los niveles el concepto y la dirección integral de salud.

Nuestro Gobierno Revolucionario ha dedicado cada año mayores recursos económicos a los presupuestos de salud pública, de tal modo que de 22.670.965 pesos que se dedicaban en 1958, antes del triunfo de la Revolución, esta cifra ha aumentado de 25.690.000 pesos en 1959, a 51.279.974 pesos en 1960, a 77.001.756 pesos en 1961 y hasta el presupuesto actual de 103.317.769 pesos, o sea, cinco veces más recursos económicos dedicados a la salud pública que en 1958.

*Camas en hospitales.* En lo que respecta al número de camas de hospitales en nuestro país, señalaremos que en 1958, antes del triunfo de la Revolución, había 10.843, en tanto que el Ministerio de Salud Pública cuenta en la actualidad con 29.170 camas en nuestros hospitales, lo que hace un aumento, por el Gobierno Revolucionario, de 18.327 nuevas camas.

Estas 29.170 camas del Ministerio de Salud Pública, unidas a las 9.114 de los centros mutualistas

y clínicas privadas, hacen un total de 38.284 camas asistenciales en nuestro país. No hemos querido incluir las 5.000 camas dedicadas a hogares de ancianos, que pertenecen también al Ministerio de Salud Pública. Por lo tanto existe en Cuba un promedio de 5,5 camas asistenciales por 1.000 habitantes.

El número de camas dedicadas a enfermos tuberculosos es de 4.650 y las dedicadas a psiquiatría ascienden a 6.365. Se han creado también el Instituto de Neurocirugía y el Instituto de Cirugía.

El número de hospitales en Cuba ha aumentado de 40 en 1958 a 98 en la actualidad. De acuerdo con nuestras perspectivas para 1965, nuestro pueblo contará con 6,3 camas asistenciales por 1.000 habitantes. Para esto se construyen actualmente cinco hospitales generales de más de 300 camas cada uno.

Dentro del desarrollo de la asistencia médica, esta Delegación menciona en especial el servicio médico rural de nuestra Patria, uno de los logros de mayor alcance de la Revolución en materia de salud, que ha permitido llevar la asistencia médica y preventiva a las zonas más inaccesibles de la nación, habiendo construido el Gobierno Revolucionario 40 hospitales rurales de 30 camas cada uno y 120 dispensarios, también en áreas rurales, con una proporción de cuatro a seis camas cada uno. El Servicio Médico Social Rural ha atendido en los últimos 11 meses a 1.785.324 campesinos. En el último año se han instalado 10 clínicas odontológicas y actualmente hay 10 en construcción.

*Protección a la niñez.* En lo que respecta a la protección de la niñez el Ministerio de Salud Pública desarrolla una amplia campaña contra las tres causas primordiales de mortalidad infantil en Cuba: la gastroenteritis, las enfermedades respiratorias y la prematuridad. Refiriéndonos a la gastroenteritis, estamos seguros que con la campaña que despliega el Ministerio de Salud Pública en estos momentos en estrecha vinculación con todas las organizaciones de masa del país, al terminar el año se habrá logrado un considerable descenso tanto en la morbilidad como en la mortalidad ocasionadas por esta enfermedad. En estos momentos la tasa de mortalidad por esta enfermedad es de 43,3 por 100.000 habitantes.

La prematuridad, cuyo índice de mortalidad era hace tres años de un 70 % en el único servicio especializado que existía en el país, ha disminuido a un 25 % como promedio en los 14 servicios espe-

cializados de prematuros con que cuenta hoy nuestro pueblo, distribuidos en todo el territorio nacional. En Cuba el 10 % de los nacimientos hace tres años eran prematuros y en la actualidad esa proporción ha quedado reducida a un 7 por ciento.

Para terminar, en lo que respecta a lo asistencial, hemos logrado obtener una acentuada elevación de la calidad del trabajo en nuestros centros, lo cual nos permite tener un tiempo de permanencia promedio de 7 a 8 días, el cual se desglosa por especialidades de la siguiente manera: medicina interna, 12 días; cirugía general, 8 días; obstetricia, 4,5 días; pediatría, 7 días; ginecología, 6 días; urología, 10 días; ortopedia, 11 días; otorrinolaringología, 1,5 días; y oftalmología, 7 días.

*Medicina preventiva.* Nuestro concepto de la salud pública, al mismo tiempo que el desarrollo creciente de las necesidades que la construcción de la nueva sociedad demanda, hace que demos una preferente atención a la medicina preventiva por lo que ella significa al garantizar la salud de grandes colectividades, a la vez que muchas de esas acciones preventivas pueden ser ejecutadas por el propio pueblo cuando adquiere conciencia del objetivo de las mismas.

A partir de 1961 se han creado en Cuba siete Centros de Higiene y Epidemiología, uno en cada provincia y dos en la provincia oriental, y un instituto de virología. Cada Centro de Higiene y Epidemiología dirige y ejecuta en su provincia toda la programación de los proyectos nacionales que deben desarrollarse en las pequeñas localidades. Los Centros de Higiene y Epidemiología son, por su trabajo científico y técnico, los que estudian las condiciones ambientales de las colectividades, así como las enfermedades, siguiendo métodos y experiencias epidemiológicas, y determinan las medidas para evitarlas. Cada Centro cuenta con los siguientes departamentos: Higiene Ambiental, Higiene del Trabajo, Higiene Escolar, Higiene de los Alimentos, Educación para la Salud, Epidemiología y un Laboratorio de Bacteriología y Bromatología. Estos centros no sólo dirigen y realizan el trabajo de higiene y epidemiología en su provincia, sino que además establecen las coordinaciones necesarias e imprescindibles a nivel regional con todos los demás organismos del Gobierno, a saber: Comisión Nacional de Acueductos y Alcantarillados, Ministerio de Obras Públicas, e Instituto Nacional de Reforma Agraria,

a fin de ejecutar con mayor exactitud todas sus acciones.

El trabajo de estos centros se expresa en los datos siguientes:

Vacunaciones contra la difteria: 80.017 en 1960; 92.080 en 1961, y 127.200 en el primer semestre de 1962. Total de vacunados contra la difteria en los últimos dos años y medio: 299.897 personas.

Fiebre tifoidea: 412.961 vacunados en 1961, y 587.632 en el primer semestre de 1962, con un total de 1.593.000 vacunaciones en sólo 18 meses.

Tétanos: 328.917 vacunados en 1961, y 191.208, en el primer semestre de 1962, con un total de 520.125 personas vacunadas en sólo 18 meses.

Coqueluche: 95.156 vacunados en 1961, y 31.366 en el primer semestre de 1962, con un total de 126.522 vacunaciones. Todas estas vacunaciones son gratuitas.

Es este sentido la Delegación de Cuba quiere manifestar también que en 1961 sólo se notificó en el país un caso de rabia en seres humanos contra cinco que se produjeron en 1959. En el presente año de 1962 no se ha notificado ningún caso de rabia en seres humanos en el país.

*Docencia.* Refiriéndonos a la docencia médica y paramédica, es importante considerar que, para poder llevar adelante amplios planes de salud, es necesario un número cada vez mayor de técnicos y personal auxiliar bien preparados en medicina. A tal efecto, en febrero del presente año se inauguró una nueva facultad de medicina en la Universidad de Oriente y en el próximo curso académico que empieza el 1 de enero de 1963 comenzarán a estudiar 1.200 alumnos en nuestras escuelas de medicina, todos ellos becarios del Gobierno Revolucionario. Actualmente el Gobierno Revolucionario mantiene 85.000 becarios en tecnología. Refiriéndonos al personal de enfermería, la Revolución encontró un déficit extraordinario que no le permitía ni siquiera cubrir adecuadamente el número de camas existentes en el país en 1958. Es por eso que se dio rápidamente a la tarea no sólo de ampliar la matrícula y capacidad de las siete escuelas de enfermeras que existían en el país, sino que además creó tres nuevas escuelas. Por otra parte y como complemento, se ha instituido la formación de auxiliares de enfermería mediante el asesoramiento de la OMS, y se han graduado, además, diferentes técnicos que enumeraremos a continuación como expresión de

la extraordinaria labor realizada por nuestra escuela de docencia y perfeccionamiento. Así, se han graduado 165 profesionales como administradores de salud durante los dos últimos años; 106 trabajadores sanitarios u oficiales de saneamiento; 370 técnicos de laboratorio, 13 técnicos en bacteriología; 336 técnicos en rayos X; 52 técnicos en estadística; 848 enfermeras, y hay otras 1.719 que estudian en estos momentos. Se han graduado además 1.700 auxiliares de enfermería; 95 asistentes dentales; 33 instructoras de enfermería; 16 enfermeras psiquiátricas; 25 enfermeras anestesisistas; 50 enfermeras especializadas en prematuros, y otros técnicos auxiliares de la medicina que representan en total cerca de 4.000 graduados en los últimos dos años, mientras que en la escuela de docencia y perfeccionamiento continúan estudiando o están próximos a graduarse 3.206 nuevos técnicos.

Esta Delegación quiere a su vez dejar constancia de lo extraordinariamente positivo que han resultado, para impulsar las tareas de salud pública, la coordinación y estrecha vinculación de las organizaciones de masas, las cuales deben ser objeto de una mayor atención por parte de aquellos países donde existan las condiciones necesarias para su creación, ya que hemos podido comprobar con varias acciones la eficacia, la prontitud y la decisión con que el pueblo, dirigido a través de los responsables de estas organizaciones, hace suya cualquier tarea de salud pública, resolviendo económicamente y en pequeños lapsos de tiempo, lo que hasta días antes habían sido grandes problemas. El Ministerio de Salud Pública de Cuba ha creado la escuela popular de salud, la cual, a través de los educadores sanitarios, capacitó a tres mil instructores de responsables de salud de las diversas organizaciones de masas de nuestro país: Federación de Mujeres Cubanas, Comités de Defensa de la Revolución, Asociación Nacional de Agricultores Pequeños, etc. Estos tres mil instructores organizaron seminarios en cada una de sus localidades capacitando a 120.000 responsables de salud que constituyen en estos momentos un extraordinario caudal de recursos a disposición del Ministerio de Salud Pública, el que les encomienda tareas tales como campañas masivas de vacunación, labores de limpieza, localización de enfermos, donación de sangre, divulgación popular e higiene personal, etc. Prueba irrefutable de la decisión y precisión con que el pueblo lleva adelante estas tareas cuando las comprende, las hace suyas

y, lo que es más importante aún, sabe por qué lo hace, es el reciente ejemplo de nuestra campaña de vacunación antipoliomielítica con vacuna oral trivalente del tipo Sabin, en la que intervinieron todos los responsables de salud de las organizaciones de masas (es decir, 120.000), 5.000 miembros de la Cruz Roja Cubana y 7.000 trabajadores de la medicina, entre médicos, enfermeras y auxiliares. Con este personal fue posible vacunar en la primera etapa de 10 días de la campaña, a 2.373.523 niños menores de 14 años y seis semanas más tarde, en igual período de tiempo, volver a dar la siguiente dosis a 2.219.907 niños de un mes a 15 años, para culminar con éxito una de las más grandes y hermosas batallas libradas en este Continente contra tan horrible enfermedad, que ha desaparecido desde hace ya cuatro meses de nuestro territorio, quedando vacunados en Cuba el 87,5 % del total de niños menores de 15 años.

Pido excusas al señor Presidente y a los señores Delegados por lo extenso de este informe, pero en realidad era necesario porque ha sido específicamente en los últimos tres años que Cuba, en el aspecto de salud al igual que en otros campos, ha podido obtener sustanciales mejoras que llegan ahora más que nunca a todos los sectores de la población.

Lo que Cuba pretende, señores Delegados, es obtener la realización de los postulados de la OMS, es decir, alcanzar el completo estado de bienestar físico, mental y social a través de las condiciones objetivas que el propio pueblo se ha creado.

Felicitemos al señor Director por el esfuerzo extraordinario realizado en el cuatrienio y exhortamos a todos los señores Delegados a estrechar nuestros contactos en esta lucha común contra las enfermedades, lo que hará que nuestros esfuerzos sean cada vez más útiles.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Machado Ventura. Tiene la palabra el Delegado de Honduras.

#### *Informe de la Delegación de Honduras*

El Dr. JAVIER (Honduras): Los programas de salud pública en la República de Honduras están a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, creado por Decreto Ley N° 8, del 24 de diciembre de 1954. Este Ministerio ejerció su acción en 1957, a través de la Dirección General de Sanidad, hoy de Salud Pública, y mediante un grupo de

hospitales localizados en el centro, norte, sur y occidente del país.

La Dirección General de Sanidad ha tenido bajo su responsabilidad las actividades de medicina preventiva, pero por razones de necesidad general ha sido práctica habitual que sus dependencias presten un servicio mixto, preventivo y asistencial, abarcando la asistencia una proporción considerable de sus actividades. Los hospitales, que siempre han realizado la mayor proporción de actividades asistenciales, dependieron, hasta 1961, directamente de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social, centralizando de este modo tanto la dirección como la administración general.

La Dirección General de Sanidad, ejercía su autoridad igualmente en forma centralista hacia las distintas regiones del país, adoleciendo este sistema de falta de distribución de trabajo y de niveles intermedios de autoridad en quienes delegar responsabilidades para la correcta ejecución de los programas y para su debida supervisión.

En 1957 los hospitales del país, dependientes del Estado, eran los siguientes: Hospital General San Felipe, Hospital Leonardo Martínez V., Hospital Atlántida, Hospital del Sur, Sanatorio Nacional para Tuberculosos, Sanatorio Santa Rosita, Hospital Santa Teresa y Hospital de Occidente. Cuando en noviembre de 1961 entró en vigencia la Ley Orgánica de la Dirección General de Asistencia Médico-Social, los hospitales antes mencionados pasaron a esta nueva dependencia. Además, esta Dirección ejerce vigilancia sobre las clínicas y hospitales privados.

Los estudios de la situación general de los organismos de salud de la República de Honduras, realizados en los años de 1957-1958 por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con el asesoramiento de técnicos de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana, condujeron al Gobierno a la formulación de un Plan Nacional de Salud que se ha venido desarrollando sostenidamente hasta la fecha. Dicho plan fue aprobado definitivamente en julio de 1959, pero ya desde un principio se pusieron en práctica las recomendaciones contenidas en él. La primera fase comprendió la división territorial del país en siete grandes sectores que se denominaron Distritos Sanitarios, adaptando esta división a los grupos de la división política del territorio, a fin de integrar en lo posible una red de unidades de salud organiza-

das conforme al patrón del sistema solar con un núcleo central denominado Centro Distrital y unidades periféricas llamadas subcentros y puestos de salud, según la categoría. Es decir, que en cada distrito sanitario tendría que organizarse un centro principal llamado "Centro de Salud Distrital" y a su alrededor los subcentros y, en torno de éstos, los puestos de salud convenientes para el desarrollo del programa.

Sobre esta base ha continuado dicho desarrollo, habiéndose construido hasta la fecha, e integrado, las unidades siguientes:

**Distrito Sanitario N° 1:** Nuevo Centro Distrital en construcción, pero el actual centro de salud opera en las antiguas instalaciones. Constituye el organismo más importante del país. Bajo la jurisdicción de este Centro, están el puesto de salud de Valle de Angeles (temporalmente) y el subcentro de salud de Danlí con el puesto de salud de Yuscarán y el subcentro de Minas de Oro con el puesto de salud de Cedros.

Centro de Salud "Las Crucitas", que inició su funcionamiento en 1958 y que forma parte principal de un área de demostración y de adiestramiento de auxiliares de enfermería en salud pública y de inspectores sanitarios. A este centro corresponde el puesto de salud de Sabanagrande, construido e integrado en 1959.

**Distrito Sanitario N° 2:** Comprende el territorio de los departamentos de Comayagua, Intibucá y La Paz, y en el proceso de desarrollo han sido construidos el centro de salud de Comayagua y el subcentro de salud de La Esperanza, y se ha integrado el subcentro de salud de La Paz.

**Distrito Sanitario N° 3:** Comprende los departamentos de Cortés, y Santa Bárbara, y parte de los departamentos de Atlántida y Yoro. En él se han construido e integrado el Centro Distrital "Dr. Miguel Paz Barahona", en San Pedro Sula, con el puesto de salud de La Lima; el subcentro de salud de Puerto Cortés, con el puesto de salud de Omoa; el subcentro de salud de El Progreso, el subcentro de salud de Tela y los puestos de salud de Macuelizo y Colinas, dependientes del subcentro de salud de Santa Bárbara, integrado, pero sin haberse construido su edificio.

**Distrito Sanitario N° 4:** Comprende los departamentos de Choluteca y Valle, habiéndose establecido

el subcentro de salud de Choluteca, los subcentros de Nacaome y Amapala y el puesto de salud de Pespire. El subcentro de salud de Amapala está ubicado en territorio insular y presta servicio a los habitantes de las islas del Golfo de Fonseca.

**Distrito Sanitario N° 5:** Comprende los departamentos de Copán, Ocotepeque y Lempira y en él se han construido el Centro Distrital de Santa Rosa de Copán, los subcentros de salud de Nueva Ocotepeque y Gracias y los puestos de salud de Corquín y Florida, estando actualmente en construcción el puesto de salud de San Marcos de Ocotepeque.

**Distrito Sanitario N° 6:** Comprende parte de los departamentos de Atlántida, Yoro, Colón y Gracias a Dios. En ellos se han construido o integrado el Centro Distrital localizado en La Ceiba, en Atlántida; y el subcentro de salud de Trujillo, y están actualmente en construcción el Centro Hospital de Trujillo, los subcentros de salud de Roatán y de Olanchito; aunque en este distrito no se ha completado el programa de construcciones, funcionan las unidades de La Ceiba, Roatán, Trujillo, Yoro y Olanchito y la brigada sanitaria de Guampusilpe.

**Distrito Sanitario N° 7:** Comprende el departamento de Olanchito, y en él se terminó recientemente la construcción del Centro Hospital de Juticalpa.

La Dirección General de Salud Pública es el organismo superior inmediato y está integrado por el Director y cuatro asesores normativos que dirigen los Departamentos de Tuberculosis, Epidemiología y Bioestadística, Laboratorios de Salud Pública y Educación Sanitaria. Se proyecta agregar los Departamentos normativos de Higiene Maternoinfantil, y Saneamiento Ambiental con el objeto de proporcionar a la organización una comprensión más integral de los problemas nacionales de salud. La Dirección General de Salud Pública ejecuta los programas a través de la Jefatura de Servicios Locales, que opera mediante las siete jefaturas distritales. Los programas desarrollados pueden sintetizarse en la forma siguiente:

*Organización e integración de los servicios de salud pública.* Se han construido en total 39 unidades, entre las cuales figuran 33 construcciones completamente nuevas. Se incluyen en estas construcciones las cuatro clínicas maternoinfantiles de Tegucigal-

pa y refuerzan el programa 16 clínicas maternoinfantiles rurales distribuidas en distintos lugares del país.

*Organización del Departamento de Epidemiología y Bioestadística.* Para conseguir este propósito, la Secretaría de Estado de los Despachos de Salud Pública y Asistencia Social solicitó de la Organización Mundial de la Salud, en 1959, la asesoría técnica de un consultor y una beca para proporcionar adiestramiento especial al Jefe del Departamento de Bioestadística. Posteriormente, este Departamento se consolidó en el mismo año con el de Epidemiología, creándose el Departamento de Epidemiología y Bioestadística. Mediante este Departamento se ha logrado la computación de datos importantes para conocer mejor algunos problemas de salud pública; se han elaborado formularios para registros e informes, y se han redactado memorias de los servicios de salud; a su vez, el Departamento se ha ocupado del control de las enfermedades transmisibles. Las inmunizaciones efectuadas se resumen en el cuadro siguiente:

	1957-1961
Inmunización Jenner .....	26.446
"    TAB ..... completa	18.825
"    DPT ..... "	33.414
"    BCG ..... "	541.203
"    Salk ..... "	25.133
Tratamiento antirrábico.....	2.536

A continuación se presenta un cuadro complementario de las inmunizaciones en los meses transcurridos de 1962, hasta el de julio, inclusive.

Inmunización Jenner .....	12.415
"    TAB ..... completa	5.047
"    DPT ..... "	6.763
"    BCG ..... "	11.805
"    Salk ..... "	7.250
Tratamiento antirrábico.....	547

En junio de 1962 se presentó en la ciudad de San Pedro Sula un brote epidémico de gastroenteritis en cuyo estudio y control epidemiológico tuvo participación destacada este Departamento. El acoplamiento de los informes y las actividades de control y tratamiento permitieron el dominio de la epidemia en un plazo relativamente corto.

*Erradicación de la malaria y Aedes aegypti.* Entre las enfermedades transmisibles que han recibido

más atención cabe mencionar la malaria y la fiebre amarilla, cuyo control se viene ejecutando desde enero de 1958 siguiendo las normas de las campañas de erradicación de la malaria y del *A. aegypti* recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y por la Oficina Panamericana de la Salud. En 1959, Honduras declaró ante el Consejo Directivo de la OPS haber completado su programa de erradicación del *A. aegypti* y así fue aceptado por el Consejo.

A continuación indicamos algunas cifras demostrativas de los avances obtenidos en la campaña antimalárica:

Ciclo	Muestras de sangre examinadas	Porcentaje de incidencia total
Primero (julio-diciembre de 1959) ....	37.893	10,85
Segundo (enero-junio de 1960) .....	44.269	5,29
Tercero (julio-diciembre de 1960) ....	65.408	4,85
Cuarto (enero-junio de 1961) .....	70.074	2,84
Quinto (julio-diciembre de 1961) .....	94.891	2,45
Sexto (enero-junio de 1962) .....	95.338	1,40

Las actividades de rociado se enumeran en el cuadro siguiente:

Ciclo	Localidades cubiertas	Casos rociados
Primero (julio-diciembre de 1959) ....	7.202	236.963
Segundo (enero-junio de 1960) .....	7.393	242.059
Tercero (julio-diciembre de 1960) ....	7.459	254.699
Cuarto (enero-junio de 1961) .....	7.576	265.825
Quinto (julio-diciembre de 1961) ....	7.711	277.941
Sexto (enero-junio de 1962) .....	7.758	285.394

Los trabajos de evaluación efectuados por personal técnico de la OPS/OMS, AID, SCISP y SNEM demostraron que a partir del 1 de julio de 1962 podrían pasar a la fase de consolidación 13 municipios del departamento de Olancho, con una extensión superficial aproximada de 5.000 Km<sup>2</sup>. En estos municipios no se han comprobado casos de malaria desde hace mucho tiempo.

*Campaña contra la rabia.* La campaña antirrábica se ha efectuado mediante la vacunación de perros, la eliminación de perros callejeros y la vacunación



de las personas mordidas. En el cuadro siguiente se resume el trabajo efectuado.

Año	Perros		Tratamientos antirrábicos aplicados
	Vacunados	Eliminados	
1958 .....	—	—	514
1959 .....	5.000	320	650
1960 .....	15.000	600	448
1961 .....	25.000	400	924
1962 .....	5.065	6.400	547
Total .....	50.065	7.720	3.083

*Departamento de Laboratorios de Salud Pública.* Existe un Laboratorio Central de Salud Pública que efectúa los exámenes ordinarios concernientes a su función. El Departamento de Bromatología tiene a su cargo el examen de comestibles, especialmente de leche, productos lácteos, carnes y productos conservados.

El Instituto Biológico, construido en 1961, está encargado de la preparación de las vacunas antirrábicas, antivariólicas y antitíficas.

El Laboratorio Central de Salud Pública actúa a nivel nacional y ejerce el control de todos los laboratorios periféricos instalados en los centros, subcentros y puestos de salud, así como en las clínicas maternoinfantiles y brigadas sanitarias. En 1958 se contaba con 20 laboratorios periféricos en todo el país. Actualmente se ha logrado incrementar a 30 el número de estos establecimientos.

Para obtener un mejor rendimiento del personal, en 1960 se organizó, con la colaboración del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), un curso de adiestramiento para laboratoristas, que duró un año. Aprobaron sus estudios satisfactoriamente, 13 técnicos que ahora están distribuidos en diferentes centros de salud del país.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con la colaboración del SCISP, tiene en estudio un nuevo plan para mejorar las condiciones generales del laboratorio de Tegucigalpa y sus dependencias. A tal efecto, se está construyendo la nueva planta para el centro de salud de la capital, a fin de desalojar el edificio de las oficinas centrales en las que ahora funciona, para organizar en él el nuevo laboratorio de salud pública y darle más amplitud y mayor radio de acción.

*Departamento de Tuberculosis.* Este Departamento fue organizado en 1959 como cuerpo normativo a

nivel nacional. Bajo su dirección se han organizado los dispensarios en los centros de salud y funcionan las dos unidades móviles que recorren el país.

Las actividades del Departamento de Tuberculosis comprenden los cuatro aspectos fundamentales siguientes: a) vacunación con BCG, b) descubrimiento de casos a través de las unidades móviles; c) tratamiento de casos ambulatorios y d) hospitalización de pacientes.

La campaña de inmunización con BCG se inició a mediados de 1957 habiéndose completado hasta 1961 la vacunación de 541.203 personas, es decir, el 93,81 % de los tuberculosos negativos. En 1962 se han vacunado 11.805 personas más.

En cuanto al descubrimiento de casos, durante los años de 1958 a 1961 se tomaron 212.870 foto-fluoroscopías y en este año se han efectuado 84.933. En el mismo período, se tomaron 62.917 radiografías de comprobación, más 16.284 en los meses de 1962.

Las investigaciones de encuesta demostraron un índice de infecciosidad de 38,7 % y un índice teórico de morbilidad de 1,7 %. Estas cifras fueron obtenidas después de encuestas realizadas en los 18 departamentos del país.

Los tratamientos ambulatorios facilitados en los distintos lugares de la República se resumen en el cuadro siguiente:

Año	Tratamientos
1958 .....	1.000
1959 .....	2.900
1960 .....	3.500
1961 .....	4.000

Conviene agregar la cifra correspondiente a los meses transcurridos de 1962 que es de 4.589 pacientes en todo el país. Los tratamientos ambulatorios se prescriben en los dispensarios adscritos a los centros de salud y en las unidades móviles.

*Hospitalización de pacientes.* En 1958, el país contaba con 916 camas hospitalarias para la asistencia de pacientes tuberculosos, distribuidas en los hospitales San Felipe, Sanatorio Nacional, Sanatorio Santa Rosita, Hospital Atlántida, Hospital de La Lima y Hospital D'Antoni. Esta cantidad se consideró insuficiente para las necesidades del país y el Gobierno de la República se ha empeñado, en la

medida de las posibilidades económicas, en incrementar las disponibilidades de camas, en tal grado que en la actualidad se ha logrado aumentar el número a un total de 1.486 camas; es decir, un incremento de 570. Para conseguir esto, el Gobierno aumentó el número de camas en las unidades gubernamentales en operación y construyó, con la colaboración eficaz de la Liga Hondureña contra la Tuberculosis, cuatro pabellones sanatoriales anexos a los Hospitales Leonardo Martínez V., en San Pedro Sula, Atlántida, en La Ceiba, de Occidente, en Santa Rosa de Copán y Hospital del Sur, en Choluteca.

Durante el período de 1958-61 se asignaron 1.543 pacientes a los diferentes centros hospitalarios para tuberculosos, a los cuales hay que agregar 325 que ingresaron durante los meses de 1962.

Por otra parte fueron dados de alta de los mismos centros hospitalarios durante ese cuatrienio 1.730 pacientes, más 694 en los meses transcurridos de 1962.

*Educación sanitaria.* El Departamento de Educación Sanitaria funciona actualmente bajo la dirección inmediata del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y desde 1958 hasta diciembre de 1961 ha desarrollado progresivamente sus actividades. Para el desempeño de sus funciones,

el Departamento de Educación Sanitaria ha contado con el personal siguiente:

Año	Personal
1958 .....	7
1959 .....	11
1960 .....	13
1961 .....	12

Además de ese personal nacional se ha contado con los servicios de un consultor de la AID. Las actividades desarrolladas por este Departamento, desde luego de carácter educativo, se han desarrollado en los centros de salud, en las campañas de inmunización, en las campañas contra la tuberculosis, la malaria, etc. Todavía es prematuro formar juicios concretos sobre la evaluación de estas actividades.

*Saneamiento ambiental.* Durante el período de 1958 al 31 de mayo de 1962, el Ministerio de Salud Pública, con la cooperación del SCISP, construyó 38 sistemas de abastecimiento de agua y mejoró otros 14. De esos 38 sistemas, 3 eran urbanos y 35 rurales. Las mejoras y ampliaciones se efectuaron en nueve lugares urbanos y cinco rurales. En estos trabajos se invirtieron 3.017.056,51 lempiras, habiéndose beneficiado 110.580 personas.

*Lista de los proyectos de abastecimiento de agua terminados del 1 de mayo de 1958  
al 31 de mayo de 1962*

Nombre del proyecto	Terminado	Total gastado (lempiras)	Habitantes beneficiados
Sistema abast. agua de Los Empates, Depto. de Comayagua	8-29-58	8.236,65	150
Ampliación sistema abast. agua en Güinope, El Paraíso	12-19-58	3.981,48	1.063
Sistema abast. agua San Antonio del Norte, Depto. La Paz	6-30-59	33.485,18	612
Mejoras en el sistema de agua de Nueva Ocotepeque y Sinuapa, Ocotepeque	11-19-59	170.099,68	5.221
Sistema abast. agua de Sabá, Jur. Sonaguera, Colón	8-31-59	101.629,20	2.000
Sistema abast. agua del Valle de Angeles, Francisco Morazán	2-16-59	6.498,49	619
Mejoras en el sistema abast. agua en Olanchito, Yoro	7-16-59	17.244,64	4.718
Sistema abast. agua de Goascoarán, Depto. de Valle	10-15-59	69.000,00	927
Sistema abast. agua en Sambo Creek y Corozal, Atlántida	11-31-59	28.505,54	2.093
Sistema abast. agua de La Masica, Atlántida	8-10-59	63.391,72	1.320
Sistema abast. agua de San Marcos de Colón, Choluteca	1-30-59	17.085,65	3.248
Sistema abast. agua de Lamaní, Comayagua	5-10-59	40.068,06	729
Sistema abast. agua de Orica, Francisco Morazán	2-18-59	30.412,30	1.001
Modificaciones del sistema de agua en Danlí, El Paraíso	1-9-59	7.048,73	5.984
Mejoras en el sist. abast. agua en la Zona A y Barrio Las Flores en San Pedro Sula	10-15-59	239.702,73	10.650
Sistema abast. agua de Jacaleapa, Depto. El Paraíso	7-31-59	52.705,10	1.292
Mejoras en el sistema abast. agua de El Paraíso	7-31-59	62.887,17	3.849
Sistema abast. agua de Nacaome, Depto. de Valle	8-31-60	53.977,93	3.185
Sistema abast. agua de Choluteca, Depto. de Choluteca	5-21-60	483.794,61	9.670
Sistema abast. agua de Sonaguera, Depto. Colón	4-13-60	161.228,67	2.758
Sistema abast. agua de Oak Ridge, Islas de la Bahía	12-31-60	46.360,87	435
Sistema abast. agua de Bodden Baight, Islas de la Bahía	12-31-60	35.969,57	145
Sistema abast. agua de Punta Gorda, Islas de la Bahía	12-31-60	21.384,12	193
Sistema abast. agua de Alianza, Depto. de Valle	8-24-60	77.829,84	547
Sistema abast. agua de Pimienta, Depto. Cortés	8-31-60	47.326,54	1.011
Ampliación sistema abast. agua en Tegucigalpa, Francisco Morazán	8-31-60	279.567,56	25.800
Sistema abast. agua en Chinda, Depto. de Santa Bárbara	1-22-60	70.998,13	500
Sistema abast. agua de Salamá, Depto. de Olancho	6-16-60	69.816,39	1.262
Sistema abast. agua de Villanueva, Depto. Cortés	10-31-60	77.027,50	2.790
Sistema abast. agua en Yarumla, La Paz	3-31-60	16.930,07	798
Sistema abast. agua en Petoa y Pueblo Nuevo, Santa Bárbara	8-22-60	34.999,52	947
Mejoras sistema abast. agua de Ajuterique y Lejamaní, Comayagua	8-12-61	13.176,08	3.264
Sistema abast. agua en San José de Comayagua	7-15-60	24.017,99	906
Sistema abast. agua en Yaruca y Victoria, Depto. Atlántida	7-15-60	1.275,96	120
Sistema abast. agua en San Pedro de Zacapa, Sta. Bárbara	11-25-60	61.175,67	496
Sistema abast. agua en El Palmital, Comayagua	9-21-60	19.568,95	300
Sistema abast. agua en el barrio La Isla, La Ceiba, Atlántida	2-28-61	93.664,06	2.500
Sistema abast. agua de Morolica, Depto. de Choluteca	10-30-61	48.951,80	784
Sistema abast. agua para el Centro de Rehabilitación en Comayagüela	4-30-61	7.833,93	110
Sistema abast. agua en Apacilagua, Choluteca	3-31-61	65.889,39	475
Sistema abast. agua en Protección, Santa Bárbara	8-31-61	12.340,18	251
Sistema abast. agua en Orocuina, Depto. Choluteca	8-15-61	47.869,15	618
Prolongación de la red de distribución de la zona urbana de San Pedro Sula	7-31-61	2.329,38	200
Ampliación del sistema de abast. agua de Gracias, Lempira	9-13-61	21.004,77	1.659
Sistema de abast. agua de Nueva Granada, Cortés	3-30-61	21.853,00	680
Sistema abast. agua de Yauyupe, El Paraíso	4-13-61	66.648,02	800
Sistema abast. agua de San Francisco de los Valles, Santa Bárbara	5-31-62	30.752,25	600
Sistema abast. agua de Santiago de La Paz, La Paz	5-30-62	43.590,79	900
Sistema abast. agua para la Escuela Americana, Tegucigalpa, D. C.	4-30-62	5.912,50	400
Total		3.017.056,51	110.580

Durante ese mismo período se construyeron cinco alcantarillados a un costo de 329.723,20 lempiras, beneficiándose 94.023 personas.

*Alcantarillados sanitarios terminados del 31 de mayo de 1958 al 31 de mayo de 1962*

Nombre del proyecto	Terminado	Total gastado (lempiras)	Habitantes beneficiados
Sistema alcantarillado sanitario del Valle de Angeles, Depto. Francisco Morazán.	11-30-59	44.541,42	619
Sistema alcantarillado sanitario de Comayagua ...	9-30-59	135.744,07	7.875
Ampliación del sistema de alcantarillado sanitario en San Pedro Sula, Depto. de Cortés.....	6-30-59	8.835,13	40.673
Sistema alcantarillado sanitario de Choloma, Depto. de Cortés.....	5-31-60	98.418,29	4.183
Eliminación de basuras por medio de relleno sanitario, San Pedro Sula, Depto. de Cortés.....	10-31-61	42.184,29	40.673
<b>Total.....</b>		<b>329.723,20</b>	<b>94.023</b>

En 1962 se ha creado el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), institución que se hará cargo de la construcción, ampliación y mantenimiento de los diferentes servicios de agua y alcantarillado, principalmente urbanos, por lo que el Departamento de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se dedicará a la construcción de sistemas de abastecimiento de agua, mediante la perforación de pozos, en zonas rurales.

Desde 1958 hasta la fecha se han perforado cinco pozos que han beneficiado a cinco comunidades rurales con un total de 5.100 habitantes. Además, actualmente están en construcción 10 sistemas de abastecimiento de agua en 10 comunidades rurales, que beneficiarán a 4.966 habitantes. Asimismo, el Departamento de Saneamiento Ambiental ha prestado colaboración a la Junta Nacional de Bienestar Social y a la Liga Hondureña contra la Tuberculosis en la construcción de lavaderos públicos y pabellones antituberculosos, así como también en el diseño y dirección técnica en la construcción de

cinco mercados y cinco mataderos en diferentes poblaciones rurales. Desde el año pasado se lleva a cabo un programa para instalar 10.000 letrinas, de las cuales se han colocado 1.500 en Tegucigalpa y Comayagüela y otras más en zonas rurales.

Para 1963 se tiene en estudio un Plan Nacional de Saneamiento Básico que comprende la distribución de agua potable y eliminación de excretas en 80 poblaciones de 500 a 1.000 habitantes, aprovechando el plan de ayuda de la Alianza para el Progreso y la colaboración del UNICEF y de las comunidades que serán beneficiadas.

A continuación se enumeran las instalaciones de agua potable realizadas durante el cuatrienio de 1958-1961.

*Sistemas de abastecimiento de agua ya terminados en comunidades rurales*

Población	Número de habitantes
Chamelecón.....	1.500
El Porvenir.....	850
Urraco.....	1.500
El Plan.....	300
Monterrey.....	950
<b>Total.....</b>	<b>5.100</b>

*Sistemas de abastecimiento de agua en construcción en comunidades rurales*

Población	Número de habitantes
Río Blanco.....	500
El Carmen.....	300
Chotepe.....	450
Santiago.....	616
La Sabana.....	600
Calpules.....	450
Arenales.....	400
El Milagro.....	850
Dos Caminos.....	400
Nuevo Chamelecón.....	400
<b>Total.....</b>	<b>4.966</b>

La Junta Nacional de Bienestar Social ha colaborado en el programa de saneamiento ambiental construyendo lavaderos y baños públicos en Tegucigalpa y otras zonas rurales.

cigalpa, Comayagüela, Choluteca, Comayagua, Santa Bárbara, Gracias, Olanchito y La Paz. La unidad de servicios completa ha sido denominada por la Junta "Centro de Higiene Popular".

*Higiene Maternoinfantil.* Ha sido constante preocupación del Gobierno de la República de Honduras el problema de la higiene maternoinfantil, que se ha enfrentado en los dos aspectos fundamentales de asistencia y prevención. A los programas de asistencia se les ha dado carácter de urgencia por cuanto la morbilidad y mortalidad infantiles han constituido durante muchos años en el país factor preponderante en el estancamiento demográfico de la nación.

Los aspectos fundamentales del programa han sido el adiestramiento de personal profesional y auxiliar, así como el establecimiento de instalaciones donde puedan aplicarse las técnicas adecuadas de tratamiento y de prevención. El programa todavía está en su fase inicial y en su desarrollo se han adiestrado médicos y enfermeras postgraduados en la especialidad de pediatría, con cursos integrales en el Hospital Infantil de México, en el Hospital Calvo Mackenna de Chile y en el Hospital del Uruguay.

Con la cooperación financiera del Patronato Nacional de la Infancia, institución autónoma del Estado, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha emprendido una amplia reorganización de los servicios maternoinfantiles de la República. Se han reconstruido y equipado los servicios maternoinfantiles de los hospitales siguientes:

Hospital General San Felipe, en el que se reorganizó totalmente el servicio de maternidad, con equipo nuevo y aumento de personal. Igual transformación se hizo en los servicios pediátricos, habiéndose modernizado la sala cuna y los servicios de prematuros, y además se han mejorado notablemente las técnicas de asistencia en los servicios de lactantes y niños.

Iguales progresos se han efectuado en los hospitales siguientes: del Sur, en Choluteca; Santa Teresa, en Comayagua; Leonardo Martínez V., en San Pedro Sula; de Occidente, en Santa Rosa de Copán y Santa Bárbara, en Santa Bárbara. En estos dos últimos se construyó un pabellón moderno de pediatría.

Al programa de asistencia hospitalaria se suman las actividades concernientes al cuadro prenatal y

a la higiene infantil, habiéndose organizado con tal propósito clínicas maternoinfantiles en las dependencias de la Dirección General de Salud Pública, es decir, en los centros de salud. En la capital de la República, además de los servicios centrales, se han instalado clínicas maternoinfantiles completamente nuevas y ubicadas estratégicamente en los barrios que más necesitan de estos servicios.

En las clínicas maternoinfantiles se realizan labores mixtas de asistencia y prevención, efectuándose el cuidado prenatal, inmunizaciones, educación higiénica, suministro de leche a niños desnutridos y tratamiento de los pacientes ambulatorios. Estas clínicas desempeñan un papel importante reduciendo en proporción considerable la hospitalización de pacientes pediátricos. Todas las clínicas maternoinfantiles tienen servicio de leche y de rehidratación.

Con el objeto de atender las áreas rurales, el Gobierno ha creado 16 clínicas rurales maternoinfantiles distribuidas en diversas regiones del país, las cuales han sido bien recibidas por las comunidades, ya que representan un auxilio substancial para la salud de los niños y de las madres. Los médicos destacados en estas clínicas trabajan a tiempo parcial y pueden, en el tiempo restante, atender otros casos diferentes en materia de higiene maternoinfantil.

En cuanto a los niños de edad preescolar, los programas de asistencia se desarrollan especialmente en el campo nutricional y en el de inmunizaciones. El Gobierno de la República financia la casi totalidad de los centros de beneficencia infantiles que operan instituciones privadas; en esos centros están los comedores infantiles, orfanatos, casas de niños, guarderías infantiles, casas hogares, preventorios infantiles, etc. En esta tarea intervienen el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, la Junta Nacional de Bienestar Social, el Patronato Nacional de la Infancia y entidades benéficas de carácter privado.

El Ministerio del Trabajo y Previsión Social mantiene cuatro guarderías infantiles ubicadas en Tegucigalpa, Comayagüela, San Pedro Sula y La Ceiba, cada una con capacidad para 100 niños. En ellas se admiten niños de dos a seis años, a los que se facilita alimentación, servicios de aseo, educación y servicios médicos preventivos y asistenciales.

La Dirección General de Salud Pública inició en 1961, un programa de higiene escolar que com-

prende los aspectos de nutrición, inmunización, investigación de tuberculosis e higiene dental, actividades que ya se desarrollan en varias escuelas de la capital.

Actualmente, la citada Dirección General tiene en funcionamiento 16 dispensarios dentales en toda la República, lo que significa a partir de 1959, un incremento absoluto de 12, es decir, del 70 %. Durante los últimos cuatro años se han atendido 46.398 consultas dentales. El trabajo ordinario de los dispensarios consiste en aplicaciones de flúor, obturaciones y extracciones.

La Junta Nacional de Bienestar Social ha tomado especial interés en la protección del adolescente, y a este respecto ha inaugurado y puesto en funcionamiento el Centro de Rehabilitación de Menores "Belen", en Comayagüela, cuyo objetivo es rehabilitar a jóvenes del sexo femenino que por falta de hogar o de una educación adecuada han dedicado sus vidas a menesteres innobles. Asimismo, inauguró recientemente el Albergue para Menores del sexo masculino, cuya misión es la protección de varones inadaptados, y donde se les ofrece alimentación, vestido, distracciones sanas, educación y cariño. El propósito de este albergue temporal es servir de etapa intermedia mientras se les busca a los jóvenes adolescentes un destino más o menos permanente. Con este propósito, la Junta Nacional de Bienestar Social, entidad semiautónoma del Estado, ha realizado estudios completos para establecer un centro de rehabilitación de menores del sexo masculino, en San Juancito, habiéndose obtenido ya los terrenos y fondos iniciales para comenzar la obra, cuya ejecución estará a cargo del Ministerio de Educación Pública.

La Junta Nacional de Bienestar Social también mantiene en funcionamiento el Hogar N° 1, que aloja a niños varones de conducta regular, de siete a 12 años, y el Hogar N° 2 para niñas de las mismas edades. Igualmente y como una contribución para aliviar la ansiedad de madres y niños provenientes de los alrededores de la capital, ha edificado un hogar temporal que alojará un número considerable de niñas y niños y madres con niños que estén de tránsito en la ciudad para ser atendidos en los centros de asistencia pública.

También es digno de mención el hecho de que la Junta Nacional de Bienestar Social mantiene dos comedores infantiles: uno en San Pedro Sula y otro en Tela, así como una guardería infantil en

el mercado "Los Dolores" para niños menores de seis años, hijos de las locatarias de dicho mercado.

*Hospital Materno infantil.* Entre las obras sobresalientes del programa de asistencia se destaca el Hospital Materno infantil, cuya construcción se inició hace tres años; se proyecta terminarlo en septiembre de 1963. Este hospital, como su nombre lo indica, será destinado al cuidado de la madre y del niño. El financiamiento total de esta obra está a cargo del Patronato Nacional de la Infancia.

*Prgrama de becas.* El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha concedido becas, en el exterior a partir del año de 1957, a un total de 38 personas de las cuales 23 han terminado sus estudios.

*Becas otorgadas durante los años de 1957 a 1961 para estudios en el exterior*

Año	Especialidades médicas	Administración	Enfermería	Otros	Total
1957 .....	9	1	—	1	11
1958 .....	3	2	1	—	6
1959 .....	4	—	—	1	5
1960 .....	1	—	9	—	10
1961 .....	2	—	4	—	6
Totales ....	19	3	14	2	38

Estas becas han sido tanto para estudios de especialidades en varios campos de la medicina, como para administración hospitalaria y administración pública.

*Becas en el país.* Se otorgaron las siguientes becas para realizar estudios en el país:

*Becas otorgadas durante los años de 1958 a 1961 para estudios en el país*

Año	Inspectores sanitarios	Auxiliares de enfermería	Trabajadoras sociales	Otras	Total
1958 .....	20	19	4	2	45
1959 .....	44	44	5	2	95
1960 .....	36	48	4	2	90
1961 .....	12	21	4	2	39
Totales ....	112	132	17	8	269

Estas becas, tanto las del exterior como las del interior, están financiadas con fondos del Gobierno

Central que representan un total de 158.450 lempiras, y que se distribuyen en los diferentes años de la manera siguiente:

*Total de gastos por becas otorgadas durante los años de 1958 a 1961*

Año	Asignación (lempiras)
1958 .....	30.140
1959 .....	43.340
1960 .....	36.680
1961 .....	48.290
<b>Total .....</b>	<b>158.450</b>

El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) concedió 49 becas durante el período de 1958-1962, a saber:

23	becas para	Administración Pública
8	" "	Ingeniería Sanitaria
11	" "	Enfermería
7	" "	Laboratorio, Educación Sanitaria, etc.
<u>49</u>		

El Patronato Nacional de la Infancia (PANI) comenzó a conceder becas en 1959 y hasta la fecha ha otorgado 73, distribuidas de la siguiente manera:

Especialidades en medicina .....	20
Enfermería .....	32
Administración .....	1
Ingeniería sanitaria .....	1
Otras .....	3
<b>Total becas en el exterior .....</b>	<b>57</b>
<b>Becas en el país (Enfermería).....</b>	<b>16</b>
<b>Total .....</b>	<b>73</b>

El costo total de estas becas, desde 1959 a 1961, es de 103.614,43 lempiras, cantidad que se distribuye así:

	Lempiras
1959 .....	16.256,80
1960 .....	39.768,80
1961 .....	47.588,83
<b>Total .....</b>	<b>103.614,43</b>

*Legislación.* Durante los años de 1958 a 1961 el Gobierno de la República, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, preparó el Reglamento y las Leyes, ya en vigor, que se detallan a continuación: Ley de la yodización de la sal; Ley del enriquecimiento de la harina; Reglamento de leches y productos lácteos; Ley del Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), y la Ley Orgánica de la Dirección General de Asistencia Médico-Social.

De estas dos últimas leyes la primera ha venido a revolucionar los programas de construcción de acueductos y alcantarillados, que antes estaban a cargo del SCISP, y cuyo mantenimiento, al ser entregados a los municipios se descuidaba por una razón u otra; la segunda revoluciona el sistema hospitalario.

Según su Ley Orgánica, el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA) fue creado con el objeto de centralizar en un solo organismo las funciones relativas a los grandes problemas de agua potable y alcantarillado del país, a fin de establecer pautas y regímenes administrativos uniformes y estables que puedan asegurar la eficacia de los servicios y su adecuado funcionamiento.

Aunque el SANAA, por lo pronto, no ha obtenido los fondos necesarios para su buen desenvolvimiento, el país espera que dicho organismo estará capacitado en plazo próximo para asumir plenamente sus responsabilidades si se logra la aplicación de la Ley en la forma prevista.

La Ley Orgánica de la Dirección General de Asistencia Médico-Social vino a llenar un vacío en lo que respecta a la centralización normativa de los hospitales del Estado, los cuales se regían anteriormente cada uno por su propio reglamento y por las ideas particulares de sus directores y administradores; éstos, para todo problema que se presentaba, se dirigían al Ministro, de quien emanaban las resoluciones respectivas. Con la creación de la Dirección General de Asistencia Médico-Social, ésta dicta pautas de orden general a todos los hospitales, inclusive a los privados, para que se sometan a las disposiciones reglamentarias que emita.

Las atribuciones principales de esta Dirección son las siguientes:

1. Dirigir y ejecutar la política asistencial del Ministerio del ramo en materia médico-social.

2. Dirigir y vigilar la administración de:

a) Los hospitales públicos actualmente existentes en el país, a saber: el Hospital General San Felipe y Asilo de Indigentes; el Sanatorio Nacional para Tuberculosos; el Sanatorio Santa Rosita y el Hospital Neuropsiquiátrico, en Tegucigalpa, D. C.; el Hospital del Sur, en Choluteca; el Hospital Santa Bárbara, en la ciudad de Santa Bárbara; el Hospital Leonardo Martínez V., en San Pedro Sula; el Hospital de Occidente, en Santa Rosa de Copán; el Hospital Atlántida, en La Ceiba; el Hospital Santa Teresa, en la ciudad de Comayagua y el Hospital San Francisco, en Juticalpa.

b) Cualesquiera otros centros asistenciales del Estado que sean habilitados en el futuro, tales como hospitales, pabellones sanatoriales, manicomios, clínicas, dispensarios fijos y ambulantes, estaciones de cura y administración de medicamentos y otros centros similares que proporcionen atención médica a los enfermos. Están comprendidos en esta disposición los laboratorios destinados al diagnóstico de enfermedades humanas.

3. Vigilar la administración de los centros asistenciales organizados por los institutos autónomos del Estado y los que se hayan fundado para cumplir las disposiciones contenidas en las leyes.

*Colaboración de los organismos nacionales.* Posiblemente, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no habría podido desarrollar el Plan Nacional de Salud Pública a un ritmo tan acelerado como lo ha hecho, si no hubiera sido por la ayuda financiera del Patronato Nacional de la Infancia (PANI), institución que tiene como principal dependencia a la Lotería Nacional de Beneficencia. En el cuatrienio de 1958 a 1961, estas erogaciones se distribuyeron así:

	Lempiras
Campaña contra la tuberculosis .....	296.300,00
Servicio de alimentación y asistencia del niño	86.314,96
Funcionamiento de centros de salud, puestos de salud y clínicas maternoinfantiles urbanas y rurales .....	953.142,39
Equipo medicoquirúrgico para los centros de salud .....	158.333,43
Becas .....	103.614,43
Gastos corrientes, excepto medicinas .....	26.102,96

	Lempiras
Medicinas, artículos y materiales medicoquirúrgicos .....	276.504,53
Aportaciones a hospitales estatales .....	438.033,49
	2.338.346,19
34 Proyectos de edificios para centros de salud, subcentros, puestos, clínicas, etc. (30 terminados y 4 en construcción) .....	5.627.972,12
	7.966.318,31
Aportaciones a instituciones privadas sin fines lucrativos .....	1.681.733,43
<b>Total .....</b>	<b>9.648.051,74</b>

*Liga Hondureña contra la Tuberculosis.* Es una institución compuesta por particulares y miembros de empresas privadas, así como médicos fisiólogos, que han colaborado con el Ministerio en la campaña contra la tuberculosis. Durante el cuatrienio, la Liga ha construido pabellones en Santa Rosa de Copán, La Ceiba, San Pedro Sula y Choluteca, lugares situados en el occidente, norte y sur de la República. De estos cuatro pabellones, funcionan completamente los de San Pedro Sula, La Ceiba y Choluteca. Estos pabellones tienen capacidad para 40 camas y han sido construidos anexos a los Hospitales Atlántida, de La Ceiba, Leonardo Martínez V., de San Pedro Sula, Hospital de Occidente, en Santa Rosa de Copán y Hospital del Sur, en Choluteca, para que de esta manera se pueda trabajar en forma más económica en lo que respecta a la supervisión, mantenimiento y vigilancia de dichos pabellones.

*Hospital General San Felipe.* Durante el cuatrienio, las inversiones realizadas tanto en mejoras como en equipo del Hospital General, con fondos del Gobierno Central, han sido las siguientes:

	Lempiras
1958 .....	27.990,00
1959 .....	71.941,49
1960 .....	40.406,38
1961 .....	18.333,35
<b>Total .....</b>	<b>158.671,22</b>



Estos gastos se clasifican en la forma siguiente:

	Lempiras
Vehículos de motor .....	4.337,40
Equipo de oficina .....	2.365,32
Equipo hospitalario .....	24.877,97
Construcción y mejoras del edificio.....	71.083,83
Equipo de laboratorio .....	43.147,66
Equipo medicoquirúrgico .....	860,00
Mejoras en el sistema de agua potable .....	12.000,00
Total .....	158.672,18

La ayuda financiera que el Patronato Nacional de la Infancia ha prestado al Hospital General y Asilo de Inválidos durante los años de 1959 a 1961, ha sido la siguiente:

	Lempiras
1959 .....	52.366,96
1960 .....	106.831,76
1961 .....	167.372,29
Total .....	326.571,01

A continuación se enumeran algunas de las obras realizadas en el Hospital General San Felipe, durante el último cuatrienio.

- 1) Construcción de la nueva instalación para la consulta externa.
- 2) Compra e instalación de una nueva unidad de rayos X.
- 3) Compra e instalación de una bomba de cobalto.
- 4) Construcción de la instalación para la bomba de cobalto.
- 5) Construcción del anexo para laboratorio clínico.
- 6) Modernización del laboratorio clínico, con la adquisición de nuevo equipo, nuevos reactivos e introducción de nuevas técnicas, sobre todo en lo que se refiere a química sanguínea y bacteriología.
- 7) Adquisición de equipo de laboratorio anatómico-patológico, incluso equipo mecánico de fijación y coloración (Auto Tecnicón) y servicios y equipo para autopsias.
- 8) Adquisición de nuevo equipo para urología.
- 9) Construcción de la sala para pacientes de lepra.

10) Mejoramiento y ampliación de las edificaciones y servicios para pacientes tuberculosos.

11) Reorganización y modernización de los servicios maternoinfantiles, habiéndose habilitado una nueva sala de operaciones para intervenciones obstétricas. Se suministró equipo, mobiliario e instrumental moderno para el servicio de maternidad. Se modernizó el servicio de recién nacidos, habiéndose distribuido éste en una sala general, una sala cuarentenal y una sala para prematuros con su respectiva dependencia para incubadoras. Los antiguos servicios de medicina pediátrica fueron totalmente reorganizados a fin de adaptarlos, en lo posible, a las exigencias modernas. Estos servicios fueron dotados de camas-cuna, comedores, cuartos de leche, baños, servicios sanitarios y se protegieron todas las instalaciones con tela metálica para evitar la entrada de moscas que antes constituían un serio problema para estos servicios.

12) Renovación total de la tubería de conducción del agua potable del hospital y construcción de un tanque para el almacenamiento de agua con sistema de bomba impelente.

13) Adquisición de una nueva unidad de lavandería con capacidad para 300 libras de ropa por hora.

*Hospital Neuropsiquiátrico.* Antiguamente, los servicios neuropsiquiátricos del país estaban adscritos al Hospital General San Felipe, lo que tenía serios inconvenientes tanto en el aspecto administrativo, como en el técnico y científico. Ante esta situación, el Ministerio logró en 1960 separar la Sección de Neuropsiquiatría, creando el Hospital Neuropsiquiátrico, que comenzó a funcionar ese año, de manera incipiente, en la medida que permitían las disponibilidades económicas.

Una de las primeras actividades desarrolladas fue el reacondicionamiento de las instalaciones, estableciendo el servicio de consulta externa y modificando las salas hospitalarias, a fin de proporcionar a los enfermos una atención más de acuerdo con las demandas modernas. Estas modificaciones en las instalaciones fueron efectuadas en forma conjunta por el Gobierno y un grupo benéfico de la sociedad, denominado "Damas Voluntarias", que aportó 10.000.000 lempiras como contribución a la cantidad total de 32.000.000 lempiras que se invirtieron en dichas obras.

El Gobierno de la República ha proporcionado los fondos para el mantenimiento, incluidas las drogas que modernamente necesitan los pacientes y ha obtenido los servicios de tres psiquiatras y un neurólogo.

*Sanatorio Nacional para Tuberculosos.* Aparte de las actividades habituales que el Gobierno ha mantenido en esta unidad hospitalaria, se han efectuado algunas mejoras de importancia, a saber:

1) Construcción completa, a un costo de 266.383,70 lempiras, de un nuevo edificio de dos plantas para alojar a los pacientes tuberculosos pediátricos.

2) Dotación de mobiliario y equipo, a un costo de 18.000 lempiras, para dicho edificio.

3) Dotación de personal para el mismo servicio, a un costo de 13.124.000 lempiras anuales.

4) Construcción de una sala de recuperación para pacientes operados del tórax. El costo de dicha construcción es de 36.000.000 lempiras.

5) Dotación del equipo y personal necesario para la citada sala.

6) Aumento del número de camas hospitalarias y del personal de servicios generales.

*Sanatorio Santa Rosita.* Este Sanatorio fue abierto al servicio del público en 1957 y ha sido destinado a la atención de pacientes tuberculosos del sexo femenino. Tiene una capacidad de 200 camas. Durante el cuatrienio en estudio, dicho centro ha sido objeto de moderados adelantos, como por ejemplo, la construcción de una nueva cocina que fue dotada de una estufa diesel, con suficiente capacidad para las necesidades del centro. Actualmente se están construyendo edificios para alojar las oficinas administrativas. Como este sanatorio se encuentra a 36 Km de la capital, se le han facilitado dos nuevas unidades de transporte.

*Hospital Leonardo Martínez V.* El Hospital Leonardo Martínez V., de la ciudad de San Pedro Sula, también ha registrado algunos progresos, a saber:

1) Mejoras en los servicios pediátricos, que consistieron en obras de reforma de las instalaciones y el suministro de nuevas cunas, equipo y material.

2) Construcción de una nueva cocina y compra de nuevo equipo, incluso una estufa diesel con su-

ficiente capacidad para atender las necesidades del hospital.

3) Instalación de una lavandería mecánica, lo cual ha representado una mejora considerable, pues anteriormente el lavado de la ropa se hacía a mano.

4) Construcción de un muro alrededor de las edificaciones para protegerlas de las incursiones nocivas del exterior.

5) Ampliación de los servicios hospitalarios mediante la construcción de un nuevo pabellón para pacientes de pensionado, lo cual ha resultado beneficioso para la institución porque de este modo se obtienen algunos fondos para sufragar los gastos del hospital.

6) Construcción de un pabellón sanatorial anexo, para los pacientes tuberculosos.

7) Reorganización de la administración general con la introducción de nuevos sistemas de suministros y control de material y equipo.

8) Adquisición de una nueva mesa para la sala de operaciones, equipo quirúrgico y equipo de esterilización.

*Hospital Santa Bárbara.* El Hospital Santa Bárbara fue establecido en 1957 e inaugurado en 1958. Entre las mejoras más importantes realizadas en los últimos años, cabe mencionar la construcción de un pabellón para servicios pediátricos que empezó a funcionar en junio de 1962.

También se reorganizó la administración general de la institución.

*Hospital de Occidente.* En este hospital se han hecho las mejoras siguientes:

1) Se construyó un pabellón para servicios pediátricos que consta de una sala general, servicio de aislamiento para infectocontagiosos, servicio de fórmulas lácteas, servicio de rehidratación, y baños y servicios sanitarios.

2) Se están construyendo las edificaciones para el banco de sangre y servicio de ropería del hospital.

3) Como anexo al hospital y financiado por el Patronato Nacional de la Infancia, se construyó el edificio para un orfanato que aloja actualmente a 60 niñas y es sostenido fundamentalmente con fondos del Estado.

*Hospital Santa Teresa.* Este hospital, que se encuentra en la ciudad de Comayagua, ha sido objeto

de una total reorganización durante los últimos cuatro años, como se indica a continuación:

1) Se introdujeron métodos estadísticos en lo que respecta a la atención de pacientes en el servicio de consulta externa, su admisión al hospital y su egreso. Asimismo se introdujeron cambios radicales en los sistemas administrativos, con el objeto de utilizar adecuadamente los recursos disponibles llevando una contabilidad aceptable en lo que se refiere a los gastos.

2) Se construyeron totalmente las instalaciones del servicio de consulta externa.

3) Se reorganizaron y modificaron completamente los servicios pediátricos, a fin de facilitar un mejor trato y atención a los pacientes pediátricos.

4) Se construyeron y habilitaron nuevos servicios de pensionado, de los cuales se obtiene algún aporte financiero en beneficio de la institución.

5) Se instaló una unidad de lavandería mecánica de suficiente capacidad para atender las necesidades del hospital; esto ha sido un progreso manifiesto, ya que anteriormente el lavado de la ropa se hacía a mano.

6) Se suministró equipo quirúrgico completamente nuevo para la sala de operaciones.

*Hospital del Sur.* En este hospital, que atiende a la población de la región sur del país, se han logrado igualmente algunos progresos de importancia:

1) Se reformaron completamente los servicios de pediatría, habiéndose construido servicios de fórmulas lácteas, comedor, un parque de recreo y baños y servicios sanitarios.

2) Se reconstruyó la cocina, dotándola de una estufa nueva diesel con capacidad suficiente para atender las necesidades.

3) Se instaló una lavandería mecánica completamente nueva, suficiente para cubrir las necesidades del centro.

4) Se aumentó la comodidad de los servicios de pensionado, dotándolos de servicios sanitarios y baños de los que anteriormente carecían. Los servicios de pensionado son de mucha importancia en este centro porque de ellos se obtienen fondos para mantener la institución.

5) Se construyó un pabellón sanatorial anexo para pacientes tuberculosos.

6) Se protegió todo el edificio contra la entrada de moscas. El problema de las moscas ha sido una molestia constante y mediante las medidas tomadas se ha reducido considerablemente. Se menciona esto en el informe porque la solución de este problema ha significado bienestar para los pacientes y mejora en la estética de la institución. Además, las instalaciones correspondientes representaron una importante inversión.

*Hospitales de Juticalpa, Trujillo y Materno-infantil de Tegucigalpa.* Finalmente, el Gobierno actual ha emprendido, en el curso del último cuatrienio, la construcción de los hospitales de Juticalpa, que pronto entrará en servicio; de Trujillo, y Materno-infantil, de Tegucigalpa.

El Hospital de Trujillo está ubicado en una región que antes carecía completamente de servicios de asistencia médica y atenderá a los moradores de los departamentos de Colón y Gracias a Dios.

*Reuniones, Congresos y Conferencias.* Durante los últimos cuatro años, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha estado representado en la mayoría de las reuniones, congresos y conferencias de los organismos vinculados a las Naciones Unidas, así como también en los auspiciados por Gobiernos extranjeros y por instituciones privadas. En 1958 estuvo representado en cinco congresos, una reunión de Ministros de Salud Pública, en la 11ª Asamblea Mundial de la Salud y en nueve seminarios y reuniones de carácter científico. En 1959 envió representantes a la 12ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza; a la XI Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, a la IV Reunión de Ministros de Salud Pública y a seis reuniones de carácter médico-científico. En 1960, a la 13ª Asamblea Mundial de la Salud, así como a la XII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, a la V Reunión de Ministros de Salud Pública y a 18 reuniones de carácter médico-científico.

En 1961 Honduras participó en la 14ª Asamblea Mundial de la Salud, auspició la VI Reunión de Ministros de Salud Pública de Centro América y Panamá, en la ciudad capital, y asistió a la XIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Además, participó en 10 reuniones médico-científicas celebradas en diferentes países.

*Aportaciones.* En lo que respecta a las aportaciones que el Gobierno de Honduras está obligado a hacer anualmente a través del Ministerio de Salud Pública, se encuentra al corriente en el pago de las que a continuación se indican:

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) ...	\$ 17.500
Organización Mundial de la Salud (OMS) .....	\$ 7.550
Organización Panamericana de la Salud (OPS) .....	\$ 14.912

*Proyectos cooperativos.* Durante los años de 1958 a 1961 y con un préstamo del Fondo Smathers se construyeron 43 sistemas de abastecimiento de agua potable por medio del SCISP, el cual, en virtud de un convenio suscrito con el Gobierno de Honduras, ha venido aportando su cooperación, especialmente en asesoramiento técnico.

A partir del presente año, la construcción de acueductos ha pasado a ser responsabilidad del Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), quedando el SCISP a cargo de los programas de educación sanitaria y de la organización y funcionamiento del laboratorio central; también se encarga de la administración de los fondos que se invierten en el desarrollo de la campaña de erradicación de la malaria.

El Gobierno de los Estados Unidos de América, a través de la participación del SCISP en los programas de laboratorios y educación sanitaria, ha cooperado con el Gobierno de Honduras en una proporción de cinco a uno (cinco dólares del Gobierno de Honduras por un dólar del Gobierno de los Estados Unidos de América); esta proporción mejoró en 1962 pasando a ser de tres a uno.

En lo que respecta a la campaña de erradicación de la malaria, el Gobierno de Honduras ha contribuido, en los tres últimos años, con 1.800.000 lempiras y el Gobierno de los Estados Unidos de América con 2.400.000 lempiras.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Javier. Tiene la palabra el Delegado del Perú.

#### *Informe de la Delegación del Perú*

El Dr. QUIRÓS (Perú): Voy a intervenir muy brevemente para complementar en alguna forma la información que en su día hizo llegar mi país

a la Organización Panamericana de la Salud, con respecto a las actividades realizadas durante el período entre las dos Conferencias Sanitarias Panamericanas (1958-1962). Como asunto importante, debemos señalar que en 1961 se llevó a cabo el censo nacional, que no se había realizado desde 1940. Este censo ha revelado que tenemos una población de 10.364.620 habitantes, lo que significa un aumento entre 1940 y 1961 de 4.156.653 personas, o sea un crecimiento anual de 2,6 por ciento. De esta cifra, el 47 % corresponde a gente que vive en las ciudades y el 53 % a población rural; la tasa de mortalidad es de 10 por 1.000 habitantes. Estos datos son de particular interés para comprender el desarrollo actual de los servicios sanitarios del país.

En lo que se refiere a los programas de erradicación de las enfermedades transmisibles, nos es grato anunciar que desde 1954 el país se encuentra libre de viruela, a consecuencia de la campaña que entonces se realizó, y que además ha contribuido al desarrollo de campañas antivariólicas en otros países mediante la provisión de vacuna antivariólica liofilizada, habiéndose proporcionado, este año, a solicitud del Gobernador del Estado de Guanabara, de la hermana República del Brasil, 3.000.000 de dosis para la organización de una campaña de vacunación en dicho Estado, así como 200.000 dosis de vacuna antivariólica liofilizada a la República de Bolivia. En cuanto a la campaña de erradicación del *Aedes aegypti*, este problema ha sido también resuelto; por otra parte, la erradicación de la malaria continúa realizándose con todo éxito, estando ya una vasta zona del país en estado de vigilancia epidemiológica final. Se espera que esta campaña sea coronada por el éxito dentro de un plazo breve.

En esta revisión de los programas de tipo campaña, cabe mencionar los avances alcanzados en lo referente a organización en los últimos años. En 1957 se reorganizaron los servicios sanitarios del país, siendo los principios fundamentales de esta medida la centralización en el planeamiento de la política sanitaria nacional, de su línea de acción y de las normas generales para la preparación, ejecución y evaluación de los programas; la descentralización ejecutiva y administrativa, o sea, que los servicios locales participen en la realización de los programas de acuerdo con las normas aprobadas por el organismo central; y la unidad

en la dirección técnica y administrativa tanto en el plano nacional como en el local.

Desde 1957 se ha logrado regionalizar los servicios sanitarios del país en casi su totalidad, agrupando algunos que se encontraban dispersos, con el fin de que dichos servicios presten atención integral. En este sentido, el Gobierno ha realizado una labor considerable; en 1961 se inició la construcción de 12 hospitales-centros de salud en las principales ciudades, con un costo aproximado de \$ 40.000.000, que servirán de base para llevar a cabo los programas de atención preventiva asistencial. Todos esos servicios han sido planeados con el fin de prestar la referida atención integral, lo que nos ha impuesto la necesidad imperiosa de proceder al adiestramiento del personal necesario para prestar la atención adecuada a la población, dado el crecimiento ya señalado que obliga a la creación de estos nuevos servicios. Con esa finalidad, el Gobierno está realizando, a partir del presente año, un amplio programa de adiestramiento que comprende la preparación de toda clase de personal, incluyendo médicos—mediante cursos de orientación hospitalaria—enfermeras generales, supervisoras, directoras de enfermería, instructoras, auxiliares de enfermería, inspectores de saneamiento, estadísticos, etc. El programa está recibiendo la valiosa colaboración del UNICEF en forma de becas para la preparación local de este personal, así como para el pago de profesores, etc. Esperamos que mediante la realización de este programa podamos contar con el personal necesario que facilite la expansión rápida de nuestros servicios sanitarios.

Otro aspecto importante, en lo que se refiere a los progresos alcanzados en el último año, es el relativo a la tuberculosis. Esta enfermedad, según señalamos en la reunión del Consejo Directivo de 1961, es todavía un problema muy importante en el país. Por eso el Gobierno dictó la Ley N° 13-9-61 que dará próximamente fondos especialmente destinados al programa antituberculoso, que se calculan en \$ 2.000.000 al comienzo, y se incrementarán en forma progresiva, ya que proceden de un impuesto que grava los sueldos y salarios.

El plan antituberculoso comprende la realización de la campaña de vacunación con BCG, el examen tuberculíneo radiológico en los servicios fijos y unidades móviles, el tratamiento ambulatorio, y la

hospitalización y la profilaxis de los contactos, por medio de las drogas.

Otro programa de capital importancia, dada la numerosa población rural de nuestro país, que también se ha establecido mediante una ley, es el que se refiere a la provisión de servicios básicos de saneamiento rural. El Congreso aprobó una ley que faculta al Poder Ejecutivo para efectuar préstamos, a fin de poder llevar a cabo este programa, que comprende la participación del Estado, de las comunidades, así como de aquellos organismos internacionales que se interesan en él, y consiste fundamentalmente, de acuerdo con los principios establecidos en la Carta de Punta del Este, en proveer de servicios de abastecimiento de agua y de eliminación de excretas al 50 % de la población rural del país en 10 años. El Estado contribuye a este programa con su aporte técnico y económico, la comunidad con su trabajo, y esperamos conseguir también la cooperación de organismos internacionales, como la que viene ofreciendo el UNICEF, por ejemplo, en relación con algunos de nuestros programas de saneamiento básico rural.

Otro programa que tenemos en marcha actualmente es el de ampliación y mejoramiento de los institutos de salud y de nutrición, que nos permitirá un adecuado suministro de productos biológicos, al igual que la realización de estudios de nutrición, algunos de los cuales ya han sido efectuados y nos han permitido conocer cuales son las deficiencias nutricionales de nuestro país, así como el desarrollo de complementos dietéticos, que en este momento se encuentran en fase próxima a la industrialización.

Igualmente debemos anunciar que el antiguo Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública ha pasado a constituir lo que nosotros llamamos el Servicio Especial de Salud Pública. Este Servicio depende del Ministerio pero goza de autonomía, lo cual le permite una mayor actividad que la administración normal del Ministerio. Con esto podremos realizar más fácilmente aquellos programas de cooperación internacional que consideremos de capital importancia.

Respecto a la organización administrativa, el Gobierno acaba de dar los pasos necesarios para hacer un estudio integral de la administración y adoptar las medidas convenientes, a fin de que en este aspecto se pueda actuar en mejores condiciones que hasta ahora.

En lo que se refiere a planificación, existe ya en el mismo Ministerio de Salud Pública un grupo que está trabajando juntamente con la Oficina Central de Planificación, que en la actualidad forma parte del Ministerio de Hacienda, y que posteriormente será de más alto nivel, conforme a lo aconsejado. Este grupo viene realizando estudios.

En cuanto a la enseñanza de la medicina, asunto que también nos interesa particularmente, el Ministerio de Salud Pública ha contribuido a la creación de dos nuevas facultades estatales de medicina, y subvenciona una facultad privada de medicina, de reciente creación. La crisis que afectaba a la Facultad de Medicina de Lima ha sido superada: se ha constituido el Consejo definitivo, se ha nombrado el decano y se ha establecido una reestructuración total del plan de estudios, con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud. En estos momentos se llevan a cabo los planes recomendados por los expertos que participaron en este estudio, habiéndose establecido la

organización departamental de las distintas cátedras.

Del mismo modo, las facultades de medicina están desarrollando sus programas en las ciudades de Arequipa y Trujillo de acuerdo con tendencias modernas, y tenemos particular interés en el desarrollo de estos programas de enseñanza médica, ya que consideramos, como hoy todo el mundo lo acepta, que no puede esperarse un servicio de salud adecuado sin la preparación básica esencial del médico. Por esto, el Ministerio de Salud Pública presta todo su apoyo a aquellos programas que se relacionan con la enseñanza de la medicina en el país.

Quiero aprovechar esta oportunidad para felicitar al señor Presidente por su merecida elección, lo mismo que al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

EL PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Quirós. Con esta intervención se levanta la sesión.

*Se levanta la sesión a las 17 h. 40 m.*

## SEPTIMA SESION PLENARIA

*Lunes, 27 de agosto de 1962, a las 9 horas*

*Presidente: Dr. MAX TERÁN VALLS (Costa Rica)*

### Designación para la Comisión General

EL PRESIDENTE: Se abre la sesión. Por haber tenido que ausentarse el Jefe de la Delegación de México, Dr. Alvarez Amézquita, voy a presidir la sesión. Igualmente, por encontrarse ausente el Sr. Walter Müller, Jefe de la Delegación de Chile, me permito rogar al Dr. Alfredo Leonardo Bravo, de la misma Delegación, que le reemplace en la Comisión General.

### Tema 1.13: Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas (continuación)

EL PRESIDENTE: Los señores Delegados van a continuar presentando los informes de sus países sobre

la labor realizada durante el último cuatrienio. Tiene la palabra el Delegado de la República Dominicana.

### *Informe de la Delegación de la República Dominicana*

EL DR. PÉREZ MERA (República Dominicana): A los datos suministrados por el Gobierno de la República Dominicana y presentados en el Informe Cuatrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, deseo añadir lo siguiente:

El hecho más sobresaliente ocurrido en el país durante el último cuatrienio es el del cambio de un régimen militarista, que beneficiaba a grupos privilegiados, a un régimen civil cuyo interés primordial está concentrado en el pueblo, en su bienes-

tar físico, mental y social, y en el respeto de la dignidad humana.

Este cambio de orientación se ha manifestado en el aumento de la asignación presupuestaria destinada a salud, educación, agricultura e industria, y en la radical reorganización que está realizándose en todos los servicios del Estado.

El Gobierno ha adoptado la programación a largo plazo como método de trabajo y está, en consecuencia, procediendo a formular el primer plan nacional de salud en estrecha coordinación con el plan de desarrollo integral del país.

En el campo de la salud internacional, la República Dominicana está dispuesta a colaborar con todos los pueblos de América y del mundo en la realización del ideal común, ya que está consciente de que la salud y la enfermedad no están limitadas por fronteras ni barreras ideológicas, religiosas, raciales o de otra índole.

El Gobierno de la República Dominicana desea hacer notar la valiosa ayuda aportada al país por la Oficina Sanitaria Panamericana en el desarrollo de los programas de salud y expresa su gratitud al Dr. Horwitz, rogándole que tenga a bien hacerla extensiva al resto del personal de la Oficina.

El Gobierno de mi país expresa también su reconocimiento a los Gobiernos de la República de Venezuela y del Estado Libre Asociado de Puerto Rico por la valiosa colaboración que espontáneamente han ofrecido para contribuir a acelerar el desarrollo de nuestro país.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Pérez Mera. Tiene la palabra el Observador del Canadá.

#### *Informe del Observador del Canadá*

El Dr. LAYTON (Observador, Canadá) (*traducción del inglés*): Señor Presidente, en primer lugar deseo agradecer la oportunidad que se me ha ofrecido de dirigirme a este distinguido auditorio constituido por los miembros de la Conferencia. Permítame felicitarle, señor Presidente, así como a los demás miembros de la Mesa por haber sido elegidos para desempeñar los altos puestos que ahora ocupan. Asimismo, me es grato felicitar al Director por los excelentes documentos que ha presentado: el Informe Cuadrienal (1958-1961), el Informe Anual sobre las actividades de la OSP en 1961 y el

*Resumen de los informes cuadrienales sobre las condiciones de salud en las Américas.* En lo que se refiere a las condiciones de salud en el Canadá, señalaré que desde la publicación de estos documentos ha habido poco de particular importancia que pueda añadirse a lo ya expuesto. Creo que los Gobiernos de la Organización están familiarizados con algunos de los problemas más recientes que se nos han planteado, uno de los cuales, de carácter bastante crítico, se refiere a las nuevas drogas. Nos complace la decisión adoptada en la 15ª Asamblea Mundial de la Salud, en el sentido de que el Director General y el Consejo Ejecutivo de la OMS estudiarán los medios de evitar la repetición de situaciones semejantes en el futuro.<sup>1</sup>

Mencionaré dos asuntos que pueden ser de interés para la Conferencia. El primero consiste en el establecimiento de un plan con objeto de facilitar atención médica en una de nuestras provincias canadienses. El año pasado, en la reunión del Consejo Directivo, informé a los miembros de dicho Consejo acerca de nuestro Programa Nacional de Seguro Hospitalario, el cual se ha llevado a cabo en toda su amplitud y proporciona atención hospitalaria y beneficios consiguientes a todos los canadienses. A principios del año actual, una de nuestras provincias inició un plan general de atención médica personal para su población. Desgraciadamente, el plan fue llevado a la práctica antes de haberse logrado un completo acuerdo en todos sus aspectos entre quienes habían de administrarlo y quienes debían prestar los servicios correspondientes, es decir, los médicos que ejercen la profesión. El resultado es bien conocido de todos ustedes, pero me es grato comunicarles que estas dificultades ya han sido vencidas y que el plan prosigue en forma satisfactoria para todos los interesados. Creo que, en relación con esta experiencia, ha sido muy significativa, y podría tenerse en cuenta en relación con planes similares, la referencia hecha por el autor de un trabajo en el sentido de que los factores fundamentales para resolver el problema de los planes de atención médica son la confianza y la buena voluntad mutuas.

En segundo lugar, quiero mencionar la ampliación progresiva del programa de adiestramiento de la Organización. Ha sido alentador observar en

<sup>1</sup> *Act. of. Org. mund. Salud* 118, 18.

el Informe Anual del Director correspondiente a 1961 el constante aumento de personas que acudían a recibir adiestramiento en las instituciones docentes de mi país. Recuerdo que en 1961, 10 de estos becarios procedían de la Región de las Américas y 33 de las otras cinco Regiones de la OMS. Este total constituye, en mi opinión, la cifra más alta registrada hasta la fecha. A este respecto, tal vez les interese saber que la Escuela de Higiene de Toronto está proyectando un curso de estudios como no existe en ninguna parte, según me ha dicho el Director. Uno de los cursos más populares que se ofrecen en la actualidad es necesario para la obtención del Diploma en Bacteriología y comprende asimismo instrucción limitada en virología. No obstante, debido a la acusada escasez de médicos virólogos, el Dr. Rhodes proyecta organizar un curso a tiempo completo que permitirá obtener el diploma en virología médica y que se ofrecerá por primera vez en septiembre de 1963. Al principio contará con 10 alumnos. Menciono esto simplemente a título informativo, por si alguno de ustedes proyecta el adiestramiento de médicos virólogos mediante un curso oficial. Permítanme concluir con una expresión de gratitud a los Estados de esta Organización. He recibido instrucciones de expresar a los distinguidos Delegados aquí reunidos el aprecio y agradecimiento del Gobierno de mi país por el apoyo que prestaron en la 15ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en mayo, a la candidatura del Canadá para elegir una persona como miembro del Consejo Ejecutivo de la OMS. Por fortuna, me encuentro en la situación de poder hacerlo en su sentido más amplio y general, gracias a la solidaridad que significa el apoyo de ustedes. Puedo asegurarles que procuraremos servir los mejores intereses de la Organización, tanto central como regional, durante nuestro mandato en el Consejo.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Layton. Tiene la palabra el Director de la Oficina.

#### *Intervención del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana*

El Dr. HORWITZ (Director, OSP): Conforme a lo que se establece en el orden del día, me corresponde hacer la presentación del *Resumen de los*

*informes cuadriennales sobre las condiciones de salud en las Américas, 1957-1960*,<sup>1</sup> y voy a recabar la bondadosa atención de los señores Delegados para analizar algunos de los aspectos contenidos en tan valioso documento.

Antes de ello, permítanme muy breves reflexiones sobre la impresión que nos ha producido la presentación de los informes que los Delegados de los Gobiernos han tenido a bien formular en esta XVI Conferencia sobre los progresos logrados en el cuatrienio, progresos que a nuestro juicio parecen indiscutibles, porque lo que hemos oído revela que en el período examinado se han mejorado, evidentemente, las estructuras de organizaciones sociales y de ministerios, dándoles una forma de trabajo más a tono con las necesidades de cada país. Los señores Delegados nos han hecho un relato de las importantes acciones llevadas a cabo para la solución de los problemas existentes. Hemos sido informados asimismo del incremento obtenido en la formación de personal profesional y auxiliar gracias, en muchos casos, a la acción directa de los Gobiernos, complementada en parte por la colaboración internacional e incluso se nos ha dado a conocer, como en el caso de Venezuela, la realización de un interesantísimo programa de vivienda rural, mediante el cual se ha logrado construir un promedio mensual de 800 casas, esperándose que tal programa pueda extenderse a todos los países del Continente.

En suma, a mi juicio, son indudables los progresos alcanzados en las Américas. Además, hay que señalar un denominador común: el de que la mayor parte de los relatos constituye una recapitulación de las acciones desarrolladas que, si bien han sido fundamentales, no siempre han contado con la meta, con el objetivo final que sirva de término de comparación.

Por eso nos parece, interpretando los fines de la Alianza para el Progreso, que el ideal en este cuatrienio debería consistir en que esta serie de acciones formase parte de un propósito y de un objetivo general y concreto que los Gobiernos fijaran respecto a cada problema. Entonces sí se podrían apreciar mejor los logros alcanzados, sin que ello significase subestimar los progresos hasta ahora obtenidos; así, consideramos un acierto de la Carta de Punta del Este haber acentuado la idea

<sup>1</sup> *Publicación Científica de la OPS 64.*



de una planificación basada en la medición de resultados, en la revaluación periódica, en la reorganización de los planes. Para este propósito se dispone de un punto de partida, el cual, según ha sido establecido por las Conferencias, se refleja en este documento que me voy a permitir comentar y que no es más que una síntesis de las informaciones que los Gobiernos han tenido a bien enviar a la Organización, síntesis tan buena como los datos recibidos y que en algunas ocasiones ha sido complementada por la Oficina con informaciones obtenidas de los mismos Gobiernos a través de proyectos específicos.

Ocurre con la estadística que, a medida que mejora, va revelando a veces resultados negativos, circunstancia que es de todos conocida. He de confesar que tuve la intención de elaborar un estudio comparando este Resumen de los informes cuatrienales con los dos precedentes: los de la XIV y la XV Conferencias. Sin embargo, nuestros técnicos estimaron que este estudio no era posible porque, en realidad, la calidad de los datos y la forma de recogerlos estaban variando aceleradamente en el curso de los últimos dos años.

Esperamos que, en la medida en que se creen departamentos nacionales de estadística que coordinen adecuadamente la información, mejorarán la calidad y la cantidad de los datos, y ello permitirá lograr en el futuro una imagen, más cercana a la realidad, de lo que está ocurriendo en las Américas en materia de salud.

Sin embargo, es interesante analizar, aunque sea de un modo somero, los datos que aparecen en dicho documento y quisiera hacerlo con algunos de los cuadros correspondientes. Así, por ejemplo, vale la pena señalar en el cuadro 1 de la primera página del texto español las fechas de los censos nacionales realizados o planeados en las Américas durante el período de 1955 a 1964. En este cuadro se comprueba que 12 de 22 países levantaron su censo en 1960-1961; cuatro lo han proyectado para este año; cinco para 1963, y hay un país que no ha indicado la fecha en que lo elaborará.

Es innecesario destacar la importancia que tiene llevar a cabo censos periódicos, no sólo para tener un conocimiento de la situación demográfica, sino también para todo plan de desarrollo.

Seguidamente quisiera llamar la atención de los señores Delegados sobre el cuadro 2, que aparece en la página 2 del texto español, y la figura 1 en

la página 3, en que se reflejan los aumentos de población en 22 países y otras cuatro áreas de las Américas, entre 1940, 1950 y 1960, así como las respectivas tasas porcentuales de crecimiento anual. Cabe observar que la tasa anual de crecimiento en el período de 1950-1960 fue superior al 3 % en varios países del Continente: en Venezuela, 3,74; Nicaragua, 3,37; El Salvador, 3,41; Ecuador, 3,05; Costa Rica, 3,87, etc. En verdad hay países, como el Uruguay con 1,62 % y Bolivia con 1,36, cuya tasa de crecimiento es muy inferior a la de los otros países, pero, en fin, vale la pena señalar que si bien el crecimiento general de la Región, comparada con otras regiones del mundo, es el más elevado, dista mucho de ser uniforme, y este hecho tiene importancia cuando se consideran los índices de crecimiento económico a que es indispensable llegar para satisfacer las necesidades mínimas de bienestar de los pueblos del Continente.

Quisiera, a continuación, llamar la atención de ustedes sobre las páginas 10 y 11 del texto español, en las que aparecen las figuras 6 y 7 que presentan gráficamente las cinco principales causas de defunción por cada 100.000 habitantes en 11 países de América del Norte y Mesoamérica, (figura 6) y en nueve de América del Sur (figura 7). Hemos querido destacar, en columnas de color, aquellas que son fundamentalmente transmisibles, y en negro o listadas, las causas prevenibles—me atrevería a decir—y me parece que el cuadro es perfectamente claro.

En cinco países a saber, Canadá, Estados Unidos de América, Cuba, Uruguay y Argentina, las dos principales causas de defunción, según los datos recibidos, son las enfermedades del corazón y los tumores malignos y en estos mismos países, según los censos de 1950, había una proporción relativamente elevada de sus habitantes en el grupo de 55 o más años de edad. En ocho países, en cambio, las gastritis y enteritis son la causa primera de defunción, a la que hay que agregar las enfermedades propias de la primera infancia y, entre ellas, fundamentalmente, los estados de malnutrición y la toxicosis como forma aguda. En tres países, las enfermedades agudas de las vías respiratorias, principalmente la influenza y la neumonía, han sido la causa principal de defunción. Todo ello muestra una vez más cómo la orientación de las actividades de la Organización está guiada por este panorama de mortalidad que, evidente-

mente, es muy incompleto, sobre todo si se piensa que, probablemente, todavía la mitad de los certificados de defunción que se extienden en la América Latina no son firmados por médicos o no corresponden a enfermos atendidos por médicos. Creemos que, en la medida en que aumente el número de especialistas y sean mayores las posibilidades de estudios de patología, esta proporción va a cambiar.

En las páginas 20 y 21 del texto español aparece el cuadro 9 en el que se detallan, país por país, el número y las tasas por 100.000 habitantes, de las defunciones originadas por las cinco principales causas; en el cuadro 11 de la página 23, se resume el número de defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias, de acuerdo con la Clasificación Internacional, y las tasas por 100.000 habitantes en los países de las Américas en los últimos años, pudiéndose observar la gran variación que se registra en esas tasas en los distintos países: en uno hay un máximo de 29,2 por 100.000 habitantes y en otros cifras tan bajas como 5,2, 4,3, etc. Nos parece que dicho cuadro refleja más bien la calidad de los datos pero, en todo caso, a pesar de que sean incompletos, revelan el peso que las enfermedades infecciosas tienen en el panorama de morbilidad y mortalidad en el Continente.

En el cuadro 17 (página 29), al registrarse las defunciones y las tasas de mortalidad por 1.000 habitantes entre menores de cinco años, se pone de relieve, una vez más, ya por grupos de edad, la importancia de este fenómeno: mientras en América del Norte sólo mueren 6,6 por 1.000 habitantes menores de cinco años, en Mesoamérica que, según la lista de países que aparece en el cuadro, abarca Centro América, México y parte del Area del Caribe, fallecen 35,2 por 1.000 habitantes menores de esa edad, proporción que es de 31,8 en América del Sur. De ahí, la afirmación que hicimos días pasados en el sentido de que la acción nacional e internacional debe prestar especial atención a este grupo de seres menores de cinco años, toda vez que una buena proporción de las enfermedades son susceptibles de prevención, como lo prueban los datos contenidos en algunos de los cuadros de enfermedades infecciosas comunes a que voy a referirme rápidamente.

Observemos lo que está pasando con la difteria, cuyos datos aparecen en la figura 11 (pági-

na 41), que se refiere a las defunciones debidas a esta enfermedad por cada 100.000 habitantes en países de América del Sur, de Mesoamérica y de América del Norte. En el cuadro 25 figura el número de casos notificados de difteria y las tasas de la enfermedad por 100.000 habitantes, de 1951 a 1960, y en el cuadro 26 el número de personas inmunizadas de 1957 a 1960, indicándose a continuación que existe una vacuna de costo relativamente barato, producida en muchos países del Continente, de fácil administración, a pesar de lo cual se sigue dando todavía esta situación de tasas de difteria que fluctúan entre 3 ó 4 por 100.000 habitantes en la América Latina. Igual se puede decir respecto a la fiebre tifoidea, cuyas cifras se reflejan en la figura 24 (página 58 del documento) relativa a casos notificados por 100.000 habitantes, en América del Sur, Mesoamérica y América del Norte. El hecho concreto es que todavía se registran 45.000 casos anuales de fiebre tifoidea en los países de las Américas, lo que explica que se atribuya fundamental importancia a los programas de saneamiento del medio, toda vez que la vacunación apenas constituye un paliativo de acción limitada ya que produce, en las personas a quienes se aplica, una reacción que aleja al enfermo de las segundas y terceras dosis, por lo menos en los tipos de vacunas en uso, incluso la vacuna suspendida en acetona, que parece ser la más adecuada según los estudios que realiza la Organización Mundial de la Salud. Cabe confiar en que los estudios que se están efectuando para tratar los antígenos con diastasas den origen a un producto de acción mucho más prolongada y estable y de más simple administración; pero la solución del problema de la fiebre tifoidea, como se refleja en la diferencia entre América del Sur y América del Norte, está fundada en igual tratamiento.

En cuanto a la tos ferina, la figura 25 (página 60 del documento) refleja que las tasas de mortalidad en los países de Mesoamérica y América del Sur siguieron siendo elevadas: 20 por 100.000 habitantes en comparación con 1,02 en América del Norte.

Siguiendo la política establecida por ustedes, señores Delegados, hemos incluido en el Capítulo IV (páginas 64 y 65) un análisis de los servicios de salud, particularmente con el propósito de señalar las asignaciones que los Gobiernos están incluyendo en los presupuestos nacionales, en relación con el

presupuesto general de la nación, y una estimación del promedio de gastos por persona.

Quisiera señalar, desde luego, que todos estos datos son incompletos. Es muy difícil calcular en cualquiera de nuestros países la inversión que se efectúa en salud. Dos capítulos de cierta importancia son difíciles de estimar: los gastos en atención médica privada y los que se realizan en farmacia, porque, lamentablemente, en los países de América Latina hay una abundante consulta médica que se lleva a cabo a través de las farmacias. Sin embargo, como un primer intento, que de ninguna manera conduce a conclusiones, hay que mostrar estos datos por país, cuál es el presupuesto general de cada nación, el destinado especialmente a salud pública, tanto a nivel nacional como regional y local, haciendo además una estimación de la inversión por persona.

Yo creo que este capítulo sólo hay que tomarlo como punto de partida de estudios futuros. Nosotros tenemos desde hace tiempo interés por hacer un análisis comparativo, país por país, de la evolución de los presupuestos nacionales de salud en los últimos 10 años—tomando en consideración, naturalmente, las fluctuaciones experimentadas por las respectivas monedas—y el incremento de la población, para demostrar cuales son en este momento las inversiones que realmente se están haciendo, y para que los señores Ministros de Salud tengan un antecedente claro en relación con la planificación que se avecina.

No quisiera referirme, señor Presidente, al Capítulo V sobre atención médica, servicios hospitalarios, etc., porque espero que sus antecedentes sirvan de base para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar en el curso del jueves próximo en esta misma sala. Espero que los señores Delegados tengan a bien considerar los antecedentes que hemos reunido, para poder así participar más activamente en las discusiones.

Hemos incluido en el Capítulo VI, correspondiente a saneamiento del medio, algunos datos sobre los sistemas de abastecimiento de agua y de eliminación de excretas, en relación con los objetivos de la Carta de Punta del Este. Se muestra así en la figura 33 (página 91) el porcentaje de la población urbana de los países de las Américas que cuenta con servicio de agua en sus domicilios por sistemas colectivos de tubería; hay que tener presente que la Carta de Punta del Este señala que

en el próximo decenio se debe suministrar agua potable a no menos del 70 % de la población urbana, y ustedes pueden observar que prácticamente ya seis países han logrado este propósito. Naturalmente, ello no significa que deba procurarse dar agua en sus domicilios al 100 % de la población urbana, pero sí es de notar que hay una serie de países—cuatro o cinco—en los que el 60 % de la población recibe agua potable. Claro que hay otros que tienen proporciones menores.

Hay que tomar en cuenta también la diversa distribución de la población rural que existe en la América Latina y, sobre todo, las dificultades para determinar lo que es población rural. En todo caso, es evidente que si los Gobiernos lo desean y la política actual del mercado internacional de capitales continúa, y si la colaboración internacional puede extenderse dentro de las normas establecidas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, será posible cumplir con este objetivo de la Carta de Punta del Este.

No es tan clara la situación que se nos ofrece en cuanto a los sistemas de alcantarillado, como se muestra en la figura 34 (página 93), si bien los propósitos de la Carta son iguales para la población urbana; observarán ustedes en dicha gráfica que, con excepción del Canadá, no hay otro país que tenga sistemas de este orden. Parece ser que, desgraciadamente, la mayor parte de los países sólo cuentan en limitada proporción con servicios de esta naturaleza. Ya nos hemos referido al problema rural y señalamos que, a nuestro juicio, el propósito de la Carta debería enfocarse por ahora en el medio rural concentrado.

Por último, hemos reunido los datos que los Gobiernos nos han proporcionado en materia de personal profesional y auxiliar, en una serie de cuadros que aparecen en el Capítulo VII. Si hay un hecho común, es el de su escasez. Cualquiera de los índices que se usen, estamos evidentemente por debajo de las necesidades mínimas en técnicos para llevar a cabo los distintos programas y resolver los problemas del Continente. Sin embargo, tal como hemos oído en los informes de ustedes, hay manifiestamente una tendencia acelerada hacia el aumento. Nos parece que la Carta fue acertada también cuando sugirió la conveniencia de planificar la educación en el sentido de establecer por espe-

cialidad, sea profesional o auxiliar, el mínimo de técnicos indispensables.

Es muy importante realizar esto: por un lado, para las universidades y los ministerios de salud en lo que respecta a sus programas de formación y, por otra parte, para que los Gobiernos establezcan las plazas indispensables en los ministerios para contratar a los profesionales adiestrados. Es trágica la situación de aquellos que entran con ilusión a prepararse en una carrera y no encuentran después los mecanismos indispensables para ejercerla. No olvidemos que, en general, la salud pública es función gubernamental mucho más que privada.

Quisiera destacar una vez más la importancia de este documento que examinamos, el valor que tiene y que tendrá en el futuro; la conveniencia de mejorar la calidad y la cantidad de los datos, y la urgencia de hacer mayores progresos en materia de estadística para llevar a cabo las actividades de planificación. Quisiera destacar, al mismo tiempo, que no es indispensable tener estadísticas perfectas para formular un primer plan nacional de salud. Con los datos que existen es siempre posible establecer un primer programa nacional que se irá mejorando progresivamente en el futuro. La estadística es un valiosísimo instrumento de trabajo, pero no es más que un instrumento, no es un fin en sí mismo, pues los datos que se recogen no tienen valor alguno sino más bien el carácter de letra muerta si no se analizan y, por lo tanto, no se aplican para progresar.

Considero un deber agradecer a los Gobiernos, por mediación de los señores Delegados, su interés por haber reunido esta información que ha servido también a la Organización Mundial de la Salud para su Segundo Informe sobre el estado de salud en los distintos países del mundo.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Horwitz. Tiene la palabra el Dr. William Sanders, Secretario General Adjunto de la Organización de los Estados Americanos.

#### **Discurso del Secretario General Adjunto de la Organización de los Estados Americanos, Dr. William Sanders**

El Dr. SANDERS (Secretario General Adjunto, OEA): Me es muy grato traer a esta XVI Conferencia Sanitaria Panamericana los saludos más cor-

diales de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. Además, en reconocimiento del doble carácter de esta Conferencia, que también representa la XIV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, me agradecería saludar al gran organismo mundial del que nuestra Organización Panamericana de la Salud es la entidad regional.

Esta es realmente una ocasión feliz en la historia de nuestra organización regional. Este año se celebra el sexagésimo aniversario de la Convención Sanitaria Internacional de los Estados Americanos, que fue firmada en Washington en diciembre de 1902 y que inició la cooperación interamericana en el ramo de la salud. Del modesto programa que constituyó esta primera campaña contra las epidemias, la Organización Panamericana de la Salud emprende hoy actividades de gran envergadura en sectores que abarcan desde la administración de la salud pública, sanidad, erradicación o control de las enfermedades, planeamiento e investigaciones, educación y adiestramiento, hasta labores de información y publicación. La campaña es de prevención y de ataque contra las causas profundas de las enfermedades. De un grupo pequeño de empleados con oficinas en la sede de la Unión Panamericana, ha pasado a ser un personal de casi mil funcionarios, del cual las tres cuartas partes se dedican a labores sobre el terreno en los Estados pertenecientes a ella. La Organización de los Estados Americanos está justamente orgullosa de las realizaciones de su más antiguo organismo especializado que ha librado a millares de nuestros hermanos americanos del flagelo de la enfermedad y les ha proporcionado la forma de obtener condiciones más saludables para vivir. No dudo que hablo en nombre de todos los presentes al ofrecer felicitaciones por las realizaciones pasadas y confiar en los éxitos venideros.

Es significativo que la salud fuera el primer ramo especializado en el cual los fundadores del sistema interamericano sintieran la necesidad de realizar una labor colectiva. Y hoy más que nunca se pone de manifiesto la importancia que tiene la salud de nuestros pueblos. Al considerar los problemas y posibilidades del desarrollo económico y social, al que por fin se ha dado la más alta prelación en nuestros esfuerzos cooperativos, se reconoce que nuestra mayor riqueza es el pueblo. A diferencia de todas las otras riquezas naturales, se trata de una que, en lugar de irse agotando, va en aumento a un

ritmo acelerado con el correr de los años. Este hecho no tiene nada de halagador; antes bien, será una alarmante rémora al progreso, si a fin de cuentas significa grandes proporciones de niños que no habrán de llegar a la edad escolar, grandes proporciones de hombres y mujeres a quienes la mala nutrición o los estragos de las enfermedades convierten en seres en gran parte o totalmente improductivos.

El reto de convertir esta riqueza potencial en un factor dinámico indispensable del desarrollo fue aceptado por los representantes de las Repúblicas americanas en la reunión celebrada en el Uruguay, en agosto de 1961, por el Consejo Interamericano Económico y Social. En la Alianza para el Progreso, establecida hace apenas un año, emprendimos lo que quedó definido como "un vasto esfuerzo para procurar una vida mejor a todos los habitantes del Continente".

Una de las características más significativas de la Alianza es su enfoque global del problema del desarrollo. Entre otros aspectos incluye el fortalecimiento de instituciones democráticas, la aceleración del progreso económico y social, programas de viviendas, de reforma agraria, mejores condiciones de trabajo para el obrero, erradicación del analfabetismo y mayores oportunidades educativas en todos los niveles, reforma tributaria, estabilidad de precios, estímulo a la iniciativa particular e integración económica de la América Latina. Es evidente que en este enfoque integral se ha dado necesariamente gran importancia a la salud pública.

En el plan se recomienda expresamente que los Gobiernos utilicen los servicios de la Oficina Sanitaria Panamericana para preparar y ejecutar los programas de salud pública que han de incluirse como parte complementaria, o más bien esencial, de los planes nacionales de desarrollo económico. Se insta asimismo a los Gobiernos para que apoyen los proyectos de la Oficina tendientes a establecer sistemas de planificación de salud en los países de la América Latina. En el programa se reconoce, pues, la contribución singular que esta institución regional puede hacer a los esfuerzos nacionales debido a su experiencia de seis decenios en toda clase de situaciones relativas a la salud en nuestro Hemisferio. No me cabe duda de que los Gobiernos recurrirán frecuentemente a la Organización Panamericana de la Salud a medida que prosigamos con la Alianza.

Por supuesto, no hay que recalcar ante este auditorio la necesidad de incluir la salud pública entre los sectores que ha de abarcar el planeamiento del desarrollo económico y social, lo que, desafortunadamente, no siempre se ha hecho en el pasado. Quizá conozcan ustedes el proyecto de desarrollo portuario que, por pasar por alto asuntos de higiene, ha quedado inconcluso en espera de que se encuentre solución al grave problema del paludismo. En la Alianza para el Progreso se toma nota del papel esencial que desempeña el mejoramiento de la salud pública en el progreso económico y social, y estoy seguro de que se prestará la debida atención a este ramo en los planes generales nacionales que están preparando actualmente los Gobiernos de los Estados Miembros. Como recordarán los señores Delegados, el Banco Interamericano de Desarrollo ha asignado más de \$ 150.000.000 para proyectos de abastecimiento y saneamiento del agua.

Como es también de su conocimiento, la Organización está llevando a cabo algunas actividades específicas que se le han asignado de acuerdo con la Alianza. De conformidad con la Resolución A.4 de la Reunión de Punta del Este, la Organización Panamericana de la Salud ha organizado una comisión especial en el campo de la salud pública con fondos provenientes de la subvención especial que concedió a la Unión Panamericana el Gobierno de los Estados Unidos de América. Mediante este proyecto, la Organización Panamericana de la Salud está aportando una contribución de importancia a la difusión de conocimientos técnicos sobre los problemas del planeamiento de programas de salud pública.

En un futuro próximo el Consejo Interamericano Económico y Social realizará un examen del progreso logrado y de los planes futuros en este ramo, en conexión con el tema de su programa titulado "Situación económica y social de la América Latina y la Alianza para el Progreso". Dicho Consejo, que es órgano del Consejo de la Organización de los Estados Americanos, se reunirá en la capital de México a partir del 1 de octubre al nivel de expertos, y del 22 de octubre al nivel ministerial o de miembros de gabinete.

Si hoy me he referido con algún detalle a la Alianza para el Progreso, ello obedece a que la Alianza entraña mayores responsabilidades para la Organización Panamericana de la Salud y reclama que ensanchemos nuestros objetivos para abarcar

con una visión más amplia todos los aspectos del vasto ámbito del desarrollo económico y social. Ningún sector de ese ámbito es de mayor importancia que el de la salud pública.

La Alianza significa no sólo un “vasto esfuerzo”, como se afirma en la declaración de Punta del Este, sino también una operación de extraordinaria complejidad. Por esta razón, y porque la Alianza ha sido tan imperfectamente comprendida, debemos resistir firmemente el pesimismo que floreció al nacer la Alianza, y que aún persiste hoy a pesar de la innegable y creciente determinación que existe de alcanzar sus objetivos y, con ese propósito, realizar un milagro si fuera necesario.

Debemos evitar también el juzgar las posibilidades de la Alianza a base de un criterio exoesivamente simplista. A manera de ejemplo, la Alianza no puede, como se ha dicho para atacarla, transformar en un período de apenas 10 años a los indios de los altiplanos andinos—que todavía conservan su modo de vida precolombino—en moradores urbanos del siglo XX. Si usáramos esta norma para juzgar a los Estados Unidos de América, éste sería un país todavía subdesarrollado, puesto que aún tiene montañeses isabelinos del siglo XVI en las sierras de las Ozarks, que rehusan asimilarse a la vida nacional.

Existe también la tentación de aceptar frases hechas que se han vuelto populares. Por ejemplo, se condena a la Alianza al fracaso por “estrangulamiento burocrático”, por oposición de las “oligarquías locales” y por la “falta de una definición clara de la autoridad”; o se lamenta que haya “poco realismo” al juzgar las verdaderas posibilidades de la Alianza, con el consiguiente “desencanto” de todo el mundo, lo cual ha suscitado al mismo tiempo el clamor contradictorio de que debe “hacerse propaganda” entre el público de la América Latina y el de los Estados Unidos de América, como si tal campaña le diera el realismo que se aduce que le falta. Aunque todos estos lemas pueden encerrar algo de verdad, cada uno debe juzgarse con cautela y reconociendo que son generalizaciones que expresan frustraciones de un anhelo común de lograr un progreso más rápido. Con ello quiero decir que todos debemos reconocer y aceptar que nos encontramos al principio de una larga y ardua tarea, de increíble magnitud y dificultad.

Vivimos en un universo que se ensancha, pero también parece que rige la tercera ley de Newton o ley de la moción—existe una reacción igual y

opuesta—ya que también vivimos en un mundo que se contrae o encoge. Nuestra organización regional refleja este fenómeno. Las actividades de los distintos órganos, particularmente las de la Unión Panamericana y de los organismos especializados, se extienden a un número creciente de ramos y en una escala cada vez mayor. Pero, al mismo tiempo, cada día más conscientes de la naturaleza interdependiente de sus actividades, las entidades interamericanas trabajan en una colaboración cada vez más estrecha, lo cual también se aplica, como ha de ser, a las relaciones de la OEA con organismos mundiales especializados y otras entidades, tales como el UNICEF, en ramos de interés común. En estos casos se establecen y emplean constantemente procedimientos y técnicas de consulta y de cooperación.

A este respecto, séame permitido repetir lo que ya dije en la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en 1958: la Organización Panamericana de la Salud constituye una institución singular dentro de nuestro sistema regional. Es a la vez organismo especializado de la OEA y entidad regional de la Organización Mundial de la Salud en el Hemisferio Occidental. La fórmula original consignada en su acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en virtud de la cual abarca y coordina toda la obra sanitaria de la comunidad internacional en el Nuevo Mundo dentro de su condición de organismo técnico autónomo del sistema interamericano, responde de manera oportuna y práctica a las exigencias propias de la gestión sanitaria regional.

En calidad de Delegado de los Estados Unidos de América—y confieso que disfrazado de experto en asuntos de salud—tuve el privilegio de asistir hace 15 años, con algunos de los que están aquí presentes, a la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Caracas en 1947. En esa oportunidad se establecieron las bases de la actual relación integrada y provechosa entre el organismo regional y la entonces proyectada Organización Mundial de la Salud.

Ya que estoy en este plano de experiencias personales, me es muy grato mencionar la cooperación constructiva y cordial que ha prevalecido en las relaciones de la Secretaría General de la OEA con la Oficina Sanitaria Panamericana, bajo la capaz dirección del Dr. Abraham Horwitz.

Deseo concluir, señor Presidente, expresando el placer que me ha producido haber tenido la oportunidad de dirigir la palabra a esta reunión im-

portante, a la que asisten tan distinguidos representantes de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Sanders. Tiene la palabra el Observador del UNICEF, Sr. Esguerra Barry.

### **Declaración del Observador del UNICEF, Sr. Roberto Esguerra Barry**

El Sr. ESGUERRA BARRY (Observador, UNICEF): La Asamblea General en su 16º período de sesiones, recomendó, entre otros objetivos del Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo, que se realicen planes para adoptar medidas que permitan acelerar la eliminación del analfabetismo, del hambre y de la enfermedad que afectan seriamente la productividad de los pueblos de los países en vías de desarrollo.

Hace un año, la Carta de Punta del Este fijó objetivos similares para la década de 1960 y entre ellos se propuso aumentar considerablemente la productividad y la producción agrícola dentro de las particularidades de cada país, eliminar el analfabetismo, aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva.

La Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia persiguen armoniosamente estos objetivos: la una, en búsqueda de la salud y el otro, tras de lo que es su genuina motivación, es decir, el bienestar de la madre y el niño. Vale la pena resumir brevemente las actuales tendencias de la política del UNICEF hacia nuestra meta común, que es el desarrollo social.

Es preocupación prevalente de los países del Continente americano establecer planificaciones nacionales adecuadas que sirvan de derrotero para sus propios pueblos en busca de progreso. Felizmente, se observa cierta tendencia hacia la planificación equilibrada y armoniosa de los aspectos económicos y sociales. Sin embargo, preocupa al UNICEF que se olviden o se subestimen en tales planificaciones las necesidades de la niñez que, además de ser el elemento frágil, representa el 40 % de la población de nuestros países y su ca-

pital del mañana. Por tal razón, nuestra Junta Ejecutiva aprobó recientemente una recomendación destinada a reforzar la atención del niño en el desarrollo nacional. Es nuestro propósito hacerlo, cuando los Gobiernos lo soliciten, ya sea colaborando en el estudio de las necesidades de la infancia, o mediante elementos no técnicos que puedan unirse a los grupos internacionales de planificadores que asesoren a los Gobiernos, con el objeto de mantener un equilibrio adecuado entre lo económico y lo social en vista del bienestar maternoinfantil, o finalmente mediante becas para que algunos funcionarios gubernamentales responsables de la educación, de los servicios sociales y de la producción de alimentos, sigan los cursos del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, en Santiago, Chile.

Una segunda tendencia es el incremento de los proyectos de servicios integrados de salud en las recomendaciones aprobadas por nuestra Junta Ejecutiva. Durante los períodos de sesiones de enero y junio de 1961 los créditos consignados para estos programas representaron un 22 % de los fondos totales destinados a los países de las Américas. En los dos períodos de sesiones de diciembre de 1961 y junio de 1962 el porcentaje correspondiente fue del 43 por ciento. Además, nuestra colaboración en dichos programas tiende a englobar casi todos los aspectos básicos de la salud a más de la protección maternoinfantil, tales como el control de las enfermedades transmisibles, el saneamiento del medio, la capacitación del personal y, en la medida que nuestros recursos lo permiten, la atención médica orientada principalmente a servicios de obstetricia y pediatría dentro de hospitales provinciales. Consideramos que, incluso para la erradicación del paludismo, es beneficioso que concentremos gran parte de nuestros esfuerzos precisamente en el reforzamiento de los servicios integrados de salud.

Finalmente la colaboración del UNICEF se ha orientado también hacia nuevos campos de acción tales como la nutrición, los servicios sociales, la formación vocacional y el urbanismo. En los dos últimos períodos de sesiones de nuestra Junta Ejecutiva se aprobaron 23 proyectos de este tipo, lo que representa un 15 % de los fondos asignados a las Américas. Por otra parte, esperamos someter a la consideración de la Junta, en diciembre entrante, los tres primeros proyectos de educación en

los que se incluyen el planeamiento de la educación y la formación de maestros de escuela.

Quiero agradecer el privilegio que se me ha otorgado de poder resumir brevemente las tendencias actuales del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El hacerlo ante la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana tiene un sentido especial para nosotros. En efecto, la coordinación entre nuestras dos organizaciones ha sobrepasado la etapa de una necesidad administrativa dentro del complejo de las Naciones Unidas para convertirse en una cooperación constructiva. Aunque el artífice de esta mutua comprensión por parte nuestra, el señor Robert L. Davée, infortunadamente nos deja, es el propósito de la Oficina Regional del UNICEF para las Américas mantenerla y, si es posible, fomentarla aún más.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Sr. Esguerra Barry. Tiene la palabra el Dr. Sutter, para dar lectura a dos proyectos de resolución.

**Tema 1.11: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (conclusión)**

*Proyecto de resolución*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): La Comisión General ha preparado el siguiente proyecto de resolución, dando forma al acto de elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y a la propuesta de nombramiento del Director Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el párrafo E del Artículo 4, así como el párrafo A del Artículo 21 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, en el que se estipula que la Oficina Sanitaria Panamericana tendrá un Director, elegido en la Conferencia, por el voto de la mayoría de los Gobiernos de la Organización;

Teniendo en cuenta el Artículo 42 del Reglamento Interno de la Conferencia, en el que se dispone que ésta elegirá al Director de la Oficina por un número de votos mayor que la mitad del número de Gobiernos de la Organización; y

Teniendo en cuenta el Artículo 4 del Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y los Artículos 49 y 52 de la Constitución

de la Organización Mundial de la Salud, en los que se establecen las normas para el nombramiento de Director Regional de la Organización Mundial de la Salud,

RESUELVE:

1. Declarar elegido Director de la Oficina Sanitaria Panamericana al Dr. Abraham Horwitz, por un período de cuatro años que empezará a contar el 1 de febrero de 1963.

2. Comunicar al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud la anterior designación a los efectos del nombramiento del Dr. Abraham Horwitz como Director Regional para las Américas.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a este proyecto de resolución? ¿Ninguna? Queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

**Tema 1.12: Elección de dos Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Colombia y El Salvador (conclusión)**

*Proyecto de resolución*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): La Comisión General ha preparado también otro proyecto de resolución relativo a la elección de los dos Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Colombia y El Salvador. Dice así:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando lo dispuesto en el párrafo D del Artículo 4 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud; y

Considerando que han sido elegidos para formar parte del Comité Ejecutivo los Gobiernos de Costa Rica y Estados Unidos de América, por haber llegado a su término los mandatos de Colombia y El Salvador,

RESUELVE:

1. Declarar que los Gobiernos de Costa Rica y Estados Unidos de América han sido elegidos para formar parte del Comité Ejecutivo por un período de tres años.

2. Expresar su agradecimiento a los Gobiernos de Colombia y El Salvador por los servicios prestados a la Organización por sus Representantes en el seno del Comité Ejecutivo.

<sup>1</sup> Resolución VII. Documento Oficial de la OPS 48, 12.



El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a este proyecto de resolución? Queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

El PRESIDENTE: Antes de cerrar la sesión, quiero insistir una vez más en que, por ausencia del se-

<sup>1</sup> Resolución VIII. Documento Oficial de la OPS 48, 12-13.

ñor Walter Müller, Jefe de la Delegación de Chile, propongo al Dr. Bravo para que lo sustituya en la Comisión General.

¿Aprueban los señores Delegados esta decisión? Si no hay objeción, queda aprobada.

*Aprobada.*

*Se levanta la sesión a las 10 h. 7 m.*

## OCTAVA SESION PLENARIA

*Sábado, 1 de septiembre de 1962, a las 11 horas*

*Presidente: Dr. MAX TERÁN VALLS (Costa Rica)*

### Designaciones para la Comisión General

El PRESIDENTE: Se declara abierta la sesión. Debo participar a los señores Delegados que el Dr. Arnoldo Gabaldon, de Venezuela, ha tenido que ausentarse y ha sido reemplazado en la Comisión General por el Dr. Demetrio Castillo, de la misma Delegación; asimismo, se ha ausentado el Dr. Bichat Rodrigues, del Brasil, Presidente de la Comisión II, reemplazándole en su ausencia el Vicepresidente de la Comisión, Dr. Dionisio González Torres, del Paraguay.

### Expresión de agradecimiento del Dr. Leonard M. Comissiong, Director Interino de los Servicios Médicos de Trinidad

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Comissiong, de la Delegación del Reino Unido.

El Dr. COMMISSIONG (Reino Unido) (*traducción del inglés*): En nombre del Gobierno de Trinidad y Tabago deseo que conste en acta nuestra sincera gratitud por el reconocimiento de que ha sido objeto la independencia de nuestro país por los señores Delegados, así como por sus felicitaciones en el momento de ocurrir tal acontecimiento, durante el curso de la cuarta sesión de la Comisión I, el 30 de agosto. Cuando, de regreso a mi país, dé cuenta de lo sucedido estoy seguro de que mi Gobierno se sentirá muy complacido por el gesto de la Con-

ferencia. Permítaseme expresar mi agradecimiento personal al Presidente de la Comisión I por su atención y buena voluntad al proponer la felicitación a mi país. Lamento, tan sólo, no haberme hallado presente en aquel momento.

### Primer Informe de la Comisión I (Asuntos Técnicos)

El PRESIDENTE: Vamos a examinar ahora el primer informe de la Comisión I. Ruego al Relator, Dr. Calvo, que pase a la Mesa para presentarlo.

El Dr. CALVO (Panamá, Relator de la Comisión I): Tengo el honor de informar a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana de que en la primera y segunda sesiones de la Comisión, celebradas el día 27 de agosto de 1962, se examinaron los temas 2.7, 2.7.1, 2.8 y 2.6 sobre los que se acordó recomendar a la Conferencia que adopte los siguientes proyectos de resolución contenidos en el primer informe:

*Tema 2.7: Informe sobre el estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe del Director sobre el estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas (Documento CSP16, 13);<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 8.

Habiendo tomado nota con satisfacción de la labor realizada por la Oficina Sanitaria Panamericana durante los últimos cuatro años en lo relativo al fomento y desarrollo de programas de abastecimiento público de agua en las Américas, así como de la colaboración prestada a los Gobiernos de la Organización;

Habiendo tomado nota de las aportaciones, en los últimos tres años, de los Gobiernos de Colombia, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela, al Fondo Especial de la OSP para Abastecimiento Público de Agua;

Teniendo en cuenta la promesa hecha a la Conferencia por la Delegación de los Estados Unidos de América, en el sentido de aportar \$ 300.000 al Fondo Especial de la OSP para Abastecimiento Público de Agua, en 1963, que podría extenderse a \$ 450.000 en 1964, sujeto a la asignación de fondos, o sea, como máximo un aumento de \$ 150.000, aumento que sería igual al conjunto de las aportaciones de los demás Gobiernos de la Organización;

Habiendo tomado nota con satisfacción de las inversiones del Banco Interamericano de Desarrollo en instalaciones de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas, y la estrecha colaboración establecida entre la Oficina y el Banco;

Reconociendo y reafirmando la gran importancia que, para la salud pública y el desarrollo económico y social de la población de todos los países, revisten los programas urbanos y rurales de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas;

Teniendo en cuenta los progresos que se vienen realizando en materia de sistemas urbanos de abastecimiento de agua, y reconociendo que es preciso, de conformidad con la Carta de Punta del Este, subrayar la necesidad de que se logren progresos similares en la solución de los problemas del abastecimiento rural de agua;

Estimando que los ministerios de salud deben ampliar la supervisión sanitaria de los sistemas urbanos de abastecimiento de agua y de alcantarillado, a fin de que incluya el examen y aprobación, por los servicios competentes de saneamiento, de todos los planos de nuevas construcciones;

Teniendo la convicción de que, en la mayoría de los países, los servicios de ingeniería de los ministerios de salud son los más indicados para llevar a cabo programas rurales de abastecimiento de agua y de saneamiento; y

Estimando que las funciones cada vez mayores de los ministerios de salud en el campo general del saneamiento del medio y, especialmente en materia de sistemas urbanos y rurales de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas, sólo pueden cumplirse si se dispone de divisiones de ingeniería sanitaria bien organizadas y debidamente dotadas de personal,

RESUELVE:

1. Encomendar al Director de la Oficina que conceda la máxima prioridad al programa de abastecimiento público de agua y que la Oficina prosiga sus gestiones para estimular

la inversión de fondos locales e internacionales en proyectos de abastecimiento de agua.

2. Encomendar al Director que continúe y amplíe la colaboración que se presta a los Gobiernos en la planificación, financiamiento, administración y explotación de sistemas de abastecimiento de agua, así como en la preparación y adiestramiento del personal profesional y auxiliar que se requiere para esas finalidades.

3. Expresar su agradecimiento a los Gobiernos de Colombia, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela, por sus aportaciones al Fondo Especial de la OSP para Abastecimiento Público de Agua durante los tres últimos años, y por la promesa de una aportación futura por parte del Gobierno de los Estados Unidos de América, y encomendar al Director que invite de nuevo a todos los Gobiernos a que contribuyan a dicho Fondo.

4. Encomendar al Director que transmita al Banco Interamericano de Desarrollo la satisfacción de la Conferencia por la atención que viene dedicando a los préstamos destinados a sistemas de abastecimiento de agua y por la estrecha colaboración que se está desarrollando entre el Banco y la Oficina Sanitaria Panamericana, como se refleja en el acuerdo firmado recientemente para realizar una labor conjunta en materia de asistencia técnica.

5. Señalar a la atención de los Gobiernos la necesidad de que concedan alta prioridad a los programas nacionales, tanto rurales como urbanos, de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas, de incorporar los a los planes nacionales a largo plazo y de proveer fondos adecuados para financiar esos programas procurando utilizar al máximo los recursos locales.

6. Señalar a la atención de los Gobiernos que es preciso fortalecer las divisiones de ingeniería de los servicios nacionales de salud, reconociendo debidamente la necesidad de mejorar las condiciones de empleo, fomentando el perfeccionamiento profesional y adoptando ulteriormente las medidas que sean apropiadas.

7. Instar a los distintos Gobiernos a que hagan cumplir las disposiciones pertinentes, o las promulguen si no existen, para que todos los planes de instalaciones urbanas de abastecimiento de agua y alcantarillado sean sometidos, antes de la construcción o reforma de los sistemas correspondientes, al previo examen y aprobación de ingenieros sanitarios de los Ministerios de Salud, nacionales o estatales, a fin de asegurarse de que reúnen los debidos requisitos sanitarios.

8. Señalar que es preciso que todos los interesados (Gobiernos, instituciones bancarias, la Oficina Sanitaria Panamericana y otros organismos internacionales), estudien la manera y encuentren los medios de satisfacer las necesidades relativas a los sistemas rurales de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas, y ejecuten rápidamente los programas encaminados a mejorar esos servicios para las poblaciones rurales.

9. Encarrecer a los Gobiernos que confíen a organismos nacionales o estatales de salud la responsabilidad del desarrollo de los proyectos rurales de abastecimiento de agua y alcantarillado.

El PRESIDENTE: Se pone a discusión el proyecto de resolución. Tiene la palabra el Delegado del Perú.

El Dr. QUIRÓS (Perú): Encuentro muy interesante el proyecto de resolución que acaba de presentar el Relator, pero la experiencia ha demostrado la conveniencia de que en todas las resoluciones, sobre todo cuando se trata de programas de esta naturaleza que son financiados con aportaciones voluntarias, se señale que se encomiende al Director de la Oficina la presentación de un programa con el presupuesto respectivo, indicando en qué forma van a ser invertidos los fondos, y estableciendo los probables plazos de duración y las tendencias del correspondiente programa. Se estimularía a los Gobiernos a efectuar más aportaciones voluntarias si se les informara concretamente de las metas y objetivos propuestos en cada caso.

El PRESIDENTE: ¿Podría el Dr. Quirós presentar por escrito su adición al proyecto de resolución?

El Dr. QUIRÓS (Perú): Lo haré con mucho gusto.

El PRESIDENTE: ¿Alguién más desea hacer uso de la palabra? No habiendo quien desee intervenir en el debate sobre este proyecto de resolución, lo consideramos aprobado en principio, quedando pendiente la adición, al texto definitivo, de la propuesta formulada por el Delegado del Perú. Tiene la palabra el Delegado de Panamá.

### Aspectos del abastecimiento de agua y del saneamiento del medio en los programas de viviendas urbanas y rurales

*Proyecto de resolución presentado por las Delegaciones de Costa Rica, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela*

El Dr. GONZÁLEZ RUIZ (Panamá): Hemos aprobado un proyecto de resolución sobre los distintos aspectos que reviste el problema relativo al abastecimiento público de agua y a la eliminación de las aguas servidas. Pero en el curso de esta Conferencia hemos dado gran importancia al de la vivienda rural, íntimamente ligado con aquél; por lo tanto, me voy a permitir presentar, en unión de los Delegados de Costa Rica, México, Nicaragua y Venezuela, un proyecto de resolución sobre dichos aspectos del

abastecimiento de agua y del saneamiento del medio en los programas de viviendas urbanas y rurales, que dice así:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Reconociendo la necesidad de disponer de sistemas de abastecimiento de agua potable y de instalaciones para la eliminación de aguas servidas tanto en los medios urbanos como rurales, a fin de proteger la salud individual y colectiva;

Teniendo en cuenta que la Resolución X de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana<sup>1</sup> reconoce y define la función que corresponde a las autoridades nacionales de salud en la prestación de dichos servicios y protección de las poblaciones;

Teniendo en cuenta que los aspectos sanitarios fundamentales del abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas, en relación con el individuo y la colectividad, deben ser considerados dentro de los múltiples y complejos factores de la salud en la planificación y mantenimiento de programas y proyectos de vivienda y de desarrollo de la colectividad; y

Considerando que, en algunos casos, los proyectos de vivienda y desarrollo de la colectividad ya ejecutados o iniciados no dedican la debida consideración ni siquiera a las instalaciones básicas de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas,

#### RESUELVE:

1. Encarecer a los Gobiernos que, en relación al abastecimiento de agua, eliminación de aguas servidas y otros aspectos de salud, exijan la participación de las autoridades de salud en la planificación y examen de todos los programas y proyectos de viviendas urbanas, ya sean de restauración o de nueva construcción.

2. Alentar a los Gobiernos a que presten la necesaria atención a los aspectos sanitarios de la vivienda rural y de la organización y desarrollo de la colectividad, particularmente en relación con los programas de abastecimiento de agua y de saneamiento del medio.

3. Encarecer a las autoridades nacionales de salud (Ministerios de Salud) que asuman las debidas responsabilidades en relación con los aspectos sanitarios de los mencionados programas rurales.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): Quiero saber si ha aprobado el proyecto de resolución sobre el tema 2.7, contenido en el primer informe de la Comisión I, con la modificación propuesta por el Delegado del Perú.

El PRESIDENTE: Se ha aprobado el texto del correspondiente proyecto de resolución tal como fue presentado por el Relator, quedando pendiente

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 48, 14-15.

de examinar el texto que va a preparar el Delegado del Perú, relativo a la adición que ha propuesto. El Dr. Quirós tiene la palabra.

El Dr. QUIRÓS (Perú): Acabo de entregar al Relator un texto que refleja mi pensamiento y que podría incluirse en cualquiera de los puntos del proyecto de resolución, en donde se estime más conveniente.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Panamá.

El Dr. CALVO (Panamá, Relator): El texto propuesto por el Dr. Quirós dice así: "Encomendar al Director que presente un programa y presupuesto indicando la forma en que estos fondos serán invertidos, y las posibles tendencias del programa en el futuro".

El PRESIDENTE: ¿Les parece a los señores Delegados que podría incluirse como párrafo cuarto? ¿Le parece bien al Dr. Quirós? Tiene la palabra el Delegado de México.

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México): Tengo entendido que la primera intervención del Delegado del Perú no incluía la parte final de esta propuesta, sino que se limitaba a indicar que se discutiera el programa. En estas condiciones creo que sería mejor no mezclarlo, ya que son dos asuntos diferentes. El Fondo Especial lo están proporcionando los países. Creo que más bien se refiere al primer aspecto, a la inversión de los fondos.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): Me parece que la explicación del Delegado de México coincide con la interpretación que había dado a la primera intervención del Delegado del Perú en el sentido de que la modificación propuesta al proyecto de resolución se refería a la disposición de los fondos especiales, a la planificación de un presupuesto adecuado para la utilización de esos fondos.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos de América tiene la palabra.

El Dr. WATT (Estados Unidos de América) (*traducción del inglés*): Había pedido la palabra para referirme al proyecto de resolución presentado por el Delegado de Panamá y no era mi intención ha-

blar sobre la propuesta del Dr. Quirós. Sin embargo, tengo entendido que el proyecto de resolución presentado por el Relator ha sido aprobado, y que se preparará un texto con la enmienda del Dr. Quirós para que sea examinado por la Conferencia en sesión plenaria. ¿He entendido bien?

El PRESIDENTE: Sí, Dr. Watt.

El Dr. WATT (Estados Unidos de América) (*traducción del inglés*): He tenido ocasión de examinar brevemente este proyecto de resolución presentado por el Delegado de Panamá y he de señalar que la Delegación de los Estados Unidos de América está de acuerdo con el criterio y los principios generales expuestos. Creo, sin embargo, que antes de considerarlo habría que modificar su redacción. No tendría objeción alguna a que se examine el fondo del asunto, pero insisto en que el texto requiere algunas modificaciones.

El PRESIDENTE: Si les parece a los señores Delegados, esta cuestión se puede examinar en la sesión de mañana. El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México): Me parece que no hay necesidad de ello puesto que el tema se ha discutido ampliamente. La Delegación de México lo examinó, refiriéndose a los problemas de saneamiento rural, entre los cuales debe considerarse la habitación, las aguas servidas y los procedimientos y técnicas aplicables al desarrollo de la colectividad. No estamos haciendo más que estudiar un proyecto de resolución, con cuyo sentido coinciden varios Delegados, para hacer recomendaciones a los Gobiernos, a fin de que las tengan en cuenta al trazar una política orientada al mejoramiento rural integral, tema que fue ampliamente discutido en las sesiones correspondientes, por lo que no veo inconveniente en que se vote aquí de una vez.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Costa Rica.

El Dr. PRADA (Costa Rica): Creo que si las objeciones que hace el Delegado de los Estados Unidos de América son única y exclusivamente de redacción, no habría problema en que se examinaran en este momento. Valdría la pena que el Relator pudiera nuevamente dar a conocer el proyecto de resolución que ha presentado el Dr. González Ruiz, de Panamá, a fin de ver si existen o no los proble-

mas de redacción a que alude el citado Delegado.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Perú.

El Dr. QUIRÓS (Perú): Creo que sería más fácil que toda la parte relacionada con abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas se pudiera combinar con la resolución en general, y que se presentara mañana una resolución específica sobre los aspectos relacionados con la vivienda, para hacer algo más completo. Sería solamente una cuestión de redacción.

El PRESIDENTE: Deseamos saber si el Delegado de los Estados Unidos de América tiene alguna objeción a que el tema se trate ahora.

El Dr. WATT (Estados Unidos de América) (*traducción del inglés*): Sólo quise indicar que antes de que se adopte una decisión sobre la redacción definitiva del proyecto de resolución, un pequeño grupo de trabajo debe estudiar y ajustar el texto. No tengo objeción alguna a que se examine el tema. El problema consiste simplemente en que hay algunas referencias al Gobierno nacional que no están expresadas con suficiente claridad. He discutido este punto con el Dr. Cutler y creo que él está redactando una enmienda. Sólo se trata de una cuestión de redacción, no de fondo.

El PRESIDENTE: ¿Aceptan los señores Delegados la sugerencia del Dr. Watt, en el sentido de que un pequeño grupo de trabajo se ocupe de la redacción? El Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): Me permito sugerir un corto receso hasta que se termine la redacción, porque si no hay ninguna diferencia básica de criterio, y si solamente se trata de redactar un texto en forma apropiada, es cuestión de cinco minutos.

El PRESIDENTE: Propongo que se reúnan inmediatamente los señores Delegados de México, Estados Unidos de América y Panamá, suspendiendo la sesión durante unos minutos.

*Así se acuerda.*

*Se suspende la sesión a las 12 horas y se reanuda a las 12 h. 08 m.*

El PRESIDENTE: Se concede la palabra al Dr. Calvo, Relator de la Comisión I.

El Dr. CALVO (Panamá, Relator): El proyecto de

resolución presentado por las Delegaciones de Costa Rica, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela ha sido modificado en dos de sus párrafos. El tercer párrafo de la parte expositiva dirá así:

Teniendo en cuenta que los aspectos sanitarios fundamentales del abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas deben ser considerados dentro de los múltiples y complejos factores de la salud en la planificación y mantenimiento de programas y proyectos de vivienda y de desarrollo de la colectividad; ...

Por otra parte, el primer párrafo de la parte dispositiva quedará redactado en los términos siguientes:

1. Encarecer a los Gobiernos que faciliten la participación de las autoridades competentes de salud en la planificación y examen de todos los programas y proyectos de viviendas urbanas, ya sean de restauración o de nueva construcción.

El PRESIDENTE: ¿Se aprueba el proyecto de resolución presentado por las Delegaciones de Costa Rica, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela con las modificaciones sugeridas? Queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

#### **Primer Informe de la Comisión I (Asuntos Técnicos)** (conclusión)

El Dr. CALVO (Panamá, Relator): El proyecto de resolución siguiente del informe de la Comisión I dice así:

*Tema 2.7.1: Memorándum del Acuerdo concertado entre la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, respecto a las actividades de asistencia técnica*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el Memorándum del Acuerdo concertado entre la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, respecto a las actividades de asistencia técnica (Documento CSP16/26),<sup>2</sup>

#### **RESUELVE:**

Tomar nota del Acuerdo concertado entre la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, respecto a las actividades de asistencia técnica, que figura en el Documento CSP16/26.

<sup>1</sup> Resolución XXXVII. Documento Oficial de la OPS 48, 33-34.

<sup>2</sup> Documento mimeografiado.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? No habiéndolas, queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

El Dr. CALVO (Panamá, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

### *Saneamiento del medio*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando la magnitud y gravedad de los problemas de falta de saneamiento en las Américas, y el hecho de que enfermedades debidas a esa falta figuran todavía entre las primeras cinco causas de defunción en la mayoría de los países de la Región;

Reconociendo el creciente interés que los países han demostrado por la solución de dichos problemas, el cual se ha hecho evidente tanto en las declaraciones del Acta de Bogotá como, más concretamente, en las de la Carta de Punta del Este, en la que, entre otras, se establecen metas para el suministro de agua potable y desagüe a vastos sectores de la población urbana y rural;

Teniendo en cuenta el importante lugar que las actividades de saneamiento han alcanzado en los últimos años en los programas de la Organización, como puede verse en el aumento de los fondos destinados a ellas y en el número actual de proyectos en los países, interzonas y regionales; y

Considerando que frente a estos hechos y a las perspectivas de continuo aumento de las actividades, especialmente en relación con los planes de desarrollo previstos en la Alianza para el Progreso, es necesario reforzar, al nivel de la organización central de la Oficina Sanitaria Panamericana, los medios que faciliten en el mayor grado posible la expansión de los programas de saneamiento,

RESUELVE:

Pedir al Director que estudie la necesidad y conveniencia de establecer en la Oficina, entre los servicios primarios de más alto nivel, uno destinado exclusivamente a los problemas de saneamiento o salud ambiental, teniendo en cuenta las ventajas de orden práctico de esta medida, las dificultades que pudiera ocasionar y sus consecuencias de carácter administrativo y financiero.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? No habiendo ninguna, queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>2</sup>

El Dr. CALVO (Panamá, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

### *Tema 2.8: Informe relativo al programa de investigación sobre las estadísticas de mortalidad en las Américas*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando que la Organización Panamericana de la Salud ha iniciado un extenso programa regional de investigación sobre mortalidad,<sup>3</sup> en el cual se investigarán detenidamente alrededor de 40.000 defunciones, a los efectos de obtener toda la información disponible acerca de las causas de defunción respectivas, incluyendo entrevistas con médicos, hallazgos patológicos y de laboratorio;

Considerando que el análisis preliminar, hecho en junio de 1962, indicó que los principales colaboradores en las ciudades están reuniendo los datos que se requieren para cumplir los fines del proyecto de investigación, de modo que pueda contarse con la información básica necesaria para posteriores estudios epidemiológicos de las enfermedades de la población adulta; y

Considerando que las oportunidades de investigación en el campo del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares que estos estudios indicarán, han de requerir especialmente servicios patológicos que, en la actualidad, son limitados en algunas ciudades,

RESUELVE:

1. Recomendar que, a medida que la Organización avance en su investigación sobre mortalidad, se amplíe ésta de manera que permita conocer las pautas que predominan en la mortalidad de la Región, y se emprenda una investigación similar sobre mortalidad en el grupo de edad de 1 a 14 años con objeto de estudiar las causas básicas y múltiples de la mortalidad.

2. Encomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que la Organización prosiga con la planificación de la investigación epidemiológica del cáncer y las enfermedades cardiovasculares, a fin de que puedan iniciarse estudios que tengan en cuenta las amplias diferencias en costumbres y condiciones de vida.

3. Recomendar a los Gobiernos de la Organización que fomenten el establecimiento de programas de adiestramiento para postgraduados en escuelas de medicina, con miras a la preparación de patólogos destinados a servicios hospitalarios y medicolegales.

El PRESIDENTE: ¿Alguna objeción u observación a este proyecto de resolución? No habiendo ninguna, queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Resolución XI. Documento Oficial de la OPS 48, 16.

<sup>2</sup> Resolución XII. Documento Oficial de la OPS 48, 16.

<sup>3</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 10.

<sup>4</sup> Resolución XIII. Documento Oficial de la OPS 48, 17.

El Dr. CALVO (Panamá, Relator) : El proyecto de resolución siguiente dice así:

*Evaluación clínica y farmacológica de agentes exógenos*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando que ha quedado médicamente demostrada la existencia de malformaciones congénitas y otros trastornos importantes producidos directa o indirectamente por agentes exógenos en los individuos que los usan o en sus descendientes;

Teniendo en cuenta el valor positivo de la evaluación estadística y clínica como criterio para determinar la acción de medicamentos, productos químicos y otros factores que causan defectos de esa naturaleza y efectos secundarios;

Reconociendo que el valor de los datos relativos a cualquier problema sólo adquiere significación cuando los datos reunidos se refieren a grupos suficientemente grandes de población; y

Considerando que para obtener resultados más eficaces para la protección de la salud es necesario proceder sin demora al análisis de estos datos,

RESUELVE:

1. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que estudie la manera de analizar los problemas científicos relativos a la evaluación clínica y farmacológica de los mencionados agentes exógenos, y de organizar la recopilación e intercambio de información sobre sus efectos.

2. Recomendar a los Gobiernos de la Organización que sus respectivos servicios de salud adopten medidas para asegurar que en los certificados de muerte fetal y de nacimiento vivo se anoten los defectos congénitos observados al nacer, y que los que se descubran con posterioridad sean notificados a las correspondientes autoridades de salud.

3. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que la Organización instituya procedimientos uniformes para el registro y pronta recopilación y análisis, por la Oficina, de los datos relativos a los efectos secundarios y defectos congénitos producidos por los agentes antes citados, a fin de reunir la experiencia obtenida en los diversos países donde rijan tales sistemas de recopilación.

4. Recomendar que se desarrollen métodos efectivos para el análisis de dichos datos, a fin de que los servicios de salud establezcan programas eficaces de prevención.

5. Recomendar que se mantenga la cooperación y coordinación con todos los organismos que deseen participar en la solución de estos problemas.

El PRESIDENTE: ¿Alguna objeción u observación a este proyecto de resolución? No habiéndolas, queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Resolución XIV. Documento Oficial de la OPS 48, 17-18.

El Dr. CALVO (Panamá, Relator) : El proyecto de resolución siguiente dice así:

*Tema 2.6: Informe sobre el programa de nutrición en las Américas*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe sobre el programa de nutrición en las Américas (Documento CSP16/6),<sup>2</sup> presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana;

Considerando que últimamente se han realizado notables progresos en este campo, de conformidad con las recomendaciones formuladas por la XIII Reunión del Consejo Directivo en su Resolución XI,<sup>3</sup>

Teniendo en cuenta el considerable incremento en el número de programas coordinados de nutrición aplicada que vienen desarrollándose en las Américas, encaminados a elevar el nivel de vida de las poblaciones rurales;

Considerando que el adiestramiento de personal especializado en nutrición debe seguir recibiendo alta prioridad entre los programas de preparación de personal;

Considerando la importancia que tiene el conocimiento de los valores de consumo de alimentos para la preparación de programas de alimentación en los planes de desarrollo;

Teniendo en cuenta que el programa de investigaciones sobre nutrición, propuesto por el Director de la Oficina en el Documento CSP16/6, abarca el estudio de los problemas más urgentes del Continente en esta materia;

Teniendo en cuenta la importancia que encierra el desarrollo de nuevas fuentes de proteínas, unido a una política de fomento y protección de los precios de las fuentes tradicionales, para prevenir la malnutrición proteínica en los niños, de acuerdo con uno de los objetivos de la Resolución A.2 de la Alianza para el Progreso;<sup>4</sup>

Considerando que desde el punto de vista técnico es factible el control (y posiblemente la erradicación) del bocio endémico en extensas zonas del Continente; y

Teniendo en cuenta la necesidad de lograr una adecuada coordinación de las actividades que llevan a cabo diversos organismos internacionales e instituciones de ayuda bilateral que colaboran con los Gobiernos en el mejoramiento de la nutrición y del nivel de vida de las poblaciones,

RESUELVE:

1. Expresar su satisfacción por los avances logrados en el programa de nutrición en las Américas, de conformidad con la Resolución XI de la XIII Reunión del Consejo Directivo.<sup>5</sup>

2. Recomendar que la Oficina Sanitaria Panamericana, de

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 7.

<sup>3</sup> *Ibid.*, 41, 24-25.

<sup>4</sup> Documento Oficial de la OEA, Ser. H/XII.1 (esp.), 1961, págs. 30-32.

<sup>5</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 24-25.

común acuerdo con los Gobiernos y organismos internacionales interesados, proceda cuanto antes a una evaluación de los programas coordinados de nutrición aplicada que se llevan a cabo en muchos países del Continente.

3. Recomendar a los Gobiernos que, con la colaboración de la Oficina, tomen las medidas necesarias para fortalecer los programas de nutrición en los servicios de salud a nivel local, incorporándolos a las actividades de trabajo ordinarias y procurando coordinarlos con los que desarrollan los servicios de extensión agrícola y de educación.

4. Encomendar al Director de la Oficina que, dentro de las posibilidades presupuestarias, procure aumentar los recursos destinados al adiestramiento de personal en materia de nutrición, tanto para la concesión de becas como para prestar apoyo financiero a los centros de capacitación que se están organizando en colaboración con la FAO y el UNICEF, y a la incorporación de la ciencia de la nutrición en los programas educativos de las escuelas de medicina, de salud pública, de enfermería, etc.

5. Recomendar a los Gobiernos la realización de encuestas de consumo de alimentos como base para la preparación de programas nacionales de alimentación dentro de los planes generales de desarrollo.

6. Dar su pleno apoyo al programa de investigaciones sobre nutrición, propuesto por el Director en el Documento CSP16/6.

7. Recomendar a los Gobiernos que, ante la gravedad del problema nutricional en los niños, especialmente por la deficiencia proteínica, intensifiquen la política de fomento de las fuentes de proteínas tradicionales y de protección de sus precios, complementada con el desarrollo de otras fuentes de proteínas, de bajo costo, que actualmente no se dedican al consumo humano.

8. Reiterar la urgente necesidad de que se emprenda, en los países que todavía no lo hayan hecho, un programa de yodación de la sal como medio de control (y aun de erradicación en ciertas áreas) del bocio endémico, recomendando al Director de la Oficina que convoque una reunión para considerar las dificultades encontradas, especialmente de tipo jurídico y administrativo, y definir una política que permita la disminución significativa de esta endemia.

9. Encomendar al Director que, si se estima oportuno, convoque a una reunión de representantes de los organismos internacionales interesados y de Gobiernos que prestan asistencia por medio de acuerdos bilaterales, a fin de lograr una coordinación más eficaz en las actividades de cooperación internacional encaminadas a mejorar la alimentación y la nutrición en las Américas.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? ¿Ninguna? Queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Resolución XV. Documento Oficial de la OPS 48, 18-19.

## Informe de la Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos)

El PRESIDENTE: Procede que pasemos a examinar ahora el informe de la Comisión II. Ruego al Relator, Dr. Orellana, que pase a la Mesa para presentarlo.

El Dr. ORELLANA (Venezuela, Relator de la Comisión II): Tengo el honor de informar a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana de que, en la primera y segunda sesiones de la Comisión, celebradas el día 27 de agosto de 1962, se examinaron los temas 3.3, 3.4, 3.5, 3.7 y 3.9, sobre los que se acordó recomendar a la Conferencia que adopte los siguientes proyectos de resolución contenidos en el informe:

### *Tema 3.3: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961 (Documento Oficial No. 39); y

Teniendo en cuenta la decisión adoptada por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión, en relación con los mencionados informes (Resolución I),

#### RESUELVE:

Aprobar el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes al ejercicio económico de 1961, que figuran en el Documento Oficial No. 39.

El PRESIDENTE: ¿Alguna objeción u observación a este proyecto de resolución? No habiendo ninguna, queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>2</sup>

El Dr. ORELLANA (Venezuela, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

### *Tema 3.4: Informe sobre la recaudación de las cuotas*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (Documento CSP16/17 y Addendum I),<sup>3</sup> y

<sup>2</sup> Resolución XVI. Documento Oficial de la OPS 48, 20.

<sup>3</sup> Documento mimeografiado.



Considerando que la Organización Panamericana de la Salud sigue teniendo problemas financieros debido a la elevada cantidad a que ascienden las cuotas pendientes de pago,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director sobre el estado de la recaudación de las cuotas (Documento CSP16/17 y Adendum I).

2. Encarecer a los Gobiernos que tengan cuotas pendientes de pago, que las hagan efectivas a la mayor brevedad posible, con el fin de asegurar el desarrollo normal de las actividades de la Organización.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? ¿Ninguna? Queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

El Dr. ORELLANA (Venezuela, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

*Tema 3.5: Fondo Rotatorio de Emergencia*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre el empleo del Fondo Rotatorio de Emergencia (Documento CSP16/18),<sup>2</sup> y

Teniendo en cuenta la necesidad de que el Fondo se mantenga al nivel establecido, a fin de que pueda cumplir la importante misión de colaboración con los Gobiernos para la que fue creado,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director sobre el empleo del Fondo Rotatorio de Emergencia (Documento CSP16/18).

2. Encarecer a los Gobiernos que, en los casos en que soliciten la ayuda de este Fondo, reembolsen al mismo, en el más breve plazo posible, las cantidades adelantadas.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? No habiendo ninguna, queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>3</sup>

El Dr. ORELLANA (Venezuela, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice:

*Tema 3.7: Enmiendas al Estatuto y al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando lo establecido en el párrafo B del Artículo 21

<sup>1</sup> Resolución XVII. Documento Oficial de la OPS 48, 20.

<sup>2</sup> Documento mimeografiado.

<sup>3</sup> Resolución XVIII. Documento Oficial de la OPS 48, 20-21.

de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Teniendo en cuenta las Resoluciones VI y VII de la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo,<sup>4</sup> y

Teniendo en cuenta lo dispuesto en los Artículos 3.1 y 12.2 del Estatuto del Personal,

RESUELVE:

1. Tomar nota de las enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, introducidas por el Director y confirmadas por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión, que figuran en el Anexo del Documento CE46 3.<sup>5</sup>

2. Tomar nota de la decisión del Director en el sentido de que el actual Subdirector de la Oficina, Dr. John C. Cutler, sea en lo sucesivo Director Adjunto, y el Secretario General, Dr. Víctor A. Sutter, Subdirector, y fijando el sueldo del Director Adjunto en \$ 17.900 por año y el del Subdirector en \$ 16.900 por año.

3. Modificar el Artículo 3.1 del Estatuto del Personal en los siguientes términos: "Los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector serán determinados por el Director con la aprobación del Comité Ejecutivo"; y modificar la frase segunda del Artículo 230.1 del Reglamento del Personal en la siguiente forma: "El Director, con la aprobación del Comité Ejecutivo, fijará los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector".

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a este proyecto de resolución? No habiéndola, se considera aprobado.

*Aprobado.*<sup>6</sup>

El Dr. ORELLANA (Venezuela, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

*Tema 3.9: Moción de los Representantes de Nicaragua y Uruguay (Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana)*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado la Resolución XVII, sobre el sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, adoptada por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión,<sup>7</sup>

Teniendo en cuenta la Resolución WHA15.5, adoptada por la 15ª Asamblea Mundial de la Salud,<sup>8</sup> en la que se fija el sueldo de los Directores Regionales de la Organización Mundial de la Salud; y

Teniendo en cuenta que las responsabilidades del Director de la Oficina han aumentado considerablemente como conse-

<sup>4</sup> Véase pág. 333.

<sup>5</sup> Documento mimeografiado.

<sup>6</sup> Resolución XIX. Documento Oficial de la OPS 48, 21.

<sup>7</sup> Véanse págs. 348-349.

<sup>8</sup> Act. of. Org. mund. Salud 118, 3.

cuencia del desarrollo de la Organización y la ampliación de sus actividades durante los últimos diez años,

**RESUELVE:**

Fijar la remuneración del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, con efectividad a partir del 1 de enero de 1962, en la siguiente forma: sueldo anual, \$ 18.900; asignación anual para gastos de representación, \$ 6.000, y además los subsidios que normalmente se conceden a los funcionarios de la Oficina, de conformidad con el Reglamento del Personal.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación a este proyecto de resolución? No habiendo ninguna, lo consideramos aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

El Dr. ORELLANA (Venezuela, Relator): Con estas resoluciones, la Comisión II, de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos, ha terminado el examen de los temas que le fueron asignados.

**Primer informe de las sesiones conjuntas de la Comisión I y de la Comisión II**

El PRESIDENTE: Ahora voy a rogar al Dr. Orellana, Relator de la Comisión II, que lea el primer informe de las sesiones conjuntas de las Comisiones I y II.

El Dr. ORELLANA (Venezuela, Relator de la Comisión II): El Relator de la Comisión II, en funciones de Relator de las sesiones conjuntas de las Comisiones I y II, tiene el honor de informar de que en la primera y segunda sesiones, celebradas el día 28 de agosto de 1962, se examinaron los temas 3.6, 3.2, 3.2.1, 3.2.2, sobre los que se acordó recomendar a la Conferencia que adopte los siguientes proyectos de resolución contenidos en el primer informe:

*Tema 3.6: Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado los informes de la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo, del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, y del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana,<sup>2</sup>

sobre las medidas adoptadas hasta la fecha en relación con el proyecto de construcción del nuevo edificio de la Sede de la Oficina Sanitaria Panamericana;

Teniendo en cuenta que están terminados los planos preliminares de la construcción, y que estos planos han sido aprobados por la Comisión de Planificación de la Capital Nacional y la Comisión de Bellas Artes, en Washington, D. C.;

Teniendo en cuenta la generosa contribución ya realizada por la Fundación W. K. Kellogg; y

En vista de que se necesita financiamiento adicional para sufragar los gastos revisados de la construcción del nuevo edificio de la Sede,

**RESUELVE:**

1. Autorizar al Director a que recabe de la Fundación W. K. Kellogg, o de otra fundación, el financiamiento adicional necesario sobre la misma base que en los arreglos anteriores.

2. Autorizar al Director para que dé instrucciones a los arquitectos a fin de que procedan inmediatamente a la preparación de los planos definitivos y especificaciones del nuevo edificio de la Sede.

3. Autorizar al Director para llamar a propuestas y asignar contratos para la construcción del edificio tan pronto como los planos definitivos y las especificaciones estén listos, a condición de que se haya asegurado el financiamiento.

4. Expresar su reconocimiento a los miembros del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, al Director y al personal de la OSP por sus actividades relacionadas con la construcción del nuevo edificio de la Sede, invitándoles a que prosigan sus esfuerzos para acelerar la construcción a fin de que el edificio quede terminado cuanto antes.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Perú.

El Dr. QUIRÓS (Perú): Me parece que en el primer párrafo de la parte dispositiva, donde dice "Autorizar al Director a que recabe...", el término "recabe" no es el adecuado; sería preferible decir "solicite".

El PRESIDENTE: ¿Se acepta el cambio de la palabra? Se aprueba el proyecto de resolución con el cambio propuesto por el Delegado del Perú.

*Aprobado.*<sup>3</sup>

El Dr. ORELLANA (Venezuela, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

<sup>1</sup> Resolución XX. Documento Oficial de la OPS 48, 21-22.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 13.

<sup>3</sup> Resolución XXI. Documento Oficial de la OPS 48, 22.

*Tema 3.2: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana

RESUELVE:

1. Asignar para el ejercicio financiero de 1963 la cantidad de \$ 5.990.000 en la forma siguiente:

*Fines de la asignación*

Título I: Organización Panamericana de la Salud—Reuniones de la Organización	\$ 229.850
Título II: Organización Panamericana de la Salud—Sede	« 1.713.198
Título III: Organización Panamericana de la Salud—Programas de campo y otros	« 3.559.452
Título IV: Organización Panamericana de la Salud—Fondo Especial para el Fomento de la Salud	« 187.500
Título V: Organización Panamericana de la Salud—Cantidad para incrementar el Fondo de Trabajo	« 300.000
<b>Total—Todos los Títulos</b>	<b>\$ 5.990.000</b>

2. Que las asignaciones se financien mediante:

a) Cuotas correspondientes:

i) A los Gobiernos Miembros, que se fijarán según la escala adoptada por el Consejo de la Organización de los Estados Americanos, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano	\$ 5.890.000
ii) A Jamaica (cuota provisional para este Gobierno Miembro, basada en las cuotas fijadas a otros Gobiernos Miembros de población e ingresos <i>per capita</i> similares)	« 18.259
iii) A Francia (Resoluciones XV y XL de la V Reunión del Consejo Directivo) <sup>1</sup>	« 9.891
iv) Al Reino de los Países Bajos (Resoluciones XV y XL de la V Reunión del Consejo Directivo)	« 6.435
v) Al Reino Unido (Resoluciones XV y XL de la V Reunión del Consejo Directivo)	« 25.243
b) Ingresos diversos	« 40.172
<b>Total</b>	<b>\$ 5.990.000</b>

3. Que las cantidades que no excedan de las asignaciones incluidas en el párrafo 1 se apliquen al pago de las obligaciones contraídas, de conformidad con el Reglamento Financiero de la Organización, durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1963, inclusive.

<sup>1</sup> Publicación de la OSP 269, 23-24, 44-45.

4. Que el Director quede autorizado para transferir créditos entre los títulos del presupuesto, siempre que las transferencias de créditos que se efectúen entre dichos títulos no excedan del 10 % del título del cual el crédito es transferido. Las transferencias de créditos entre estos títulos del presupuesto que excedan del 10 % podrán efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. Todas las transferencias de créditos del presupuesto serán notificadas al Consejo Directivo.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. VON DER BECKE (Argentina): La Delegación de la Argentina desea dejar expresa constancia de la preocupación de su Gobierno por el aumento que en forma sostenida vienen sufriendo los gastos administrativos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Gobierno de la Argentina tiene perfecta conciencia del aumento de las exigencias económicas que demanda el funcionamiento, la organización y la ejecución de importantes programas de salud, pero teniendo en cuenta las exigencias de contribución que esos requerimientos imponen, desea expresar su preocupación por dicha situación y destacar la importancia de tenerla presente en el enfoque administrativo de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE: Se hará constar en acta la preocupación del Gobierno de la Argentina. ¿Se aprueba el proyecto de resolución? Queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>2</sup>

El Dr. ORELLANA (Venezuela, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

*Tema 3.2: Dietas para los miembros del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta la Resolución WHA14.5 de la 14ª Asamblea Mundial de la Salud,<sup>3</sup> en la cual se estipula que las dietas de los miembros del Consejo Ejecutivo sean de \$ 30 cuando la reunión se celebre en Nueva York;

Considerando que en los últimos años, el costo de vida ha aumentado en Washington tanto como en Nueva York; y

Estimando que las dietas destinadas a los miembros del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud deben fijarse a un nivel comparable al establecido para los miembros del Consejo Ejecutivo,

<sup>2</sup> Resolución XXII. Documento Oficial de la OPS 48, 23.

<sup>3</sup> Act. of. Org. mund. Salud 110, 2-3.

## RESUELVE:

Aprobar una dieta de \$ 30 (treinta dólares) para los miembros del Comité Ejecutivo, de acuerdo con el párrafo B del Artículo 17 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Perú.

El Dr. QUIRÓS (Perú): Quisiera también proponer una modificación en la parte expositiva. Dice: "Estimando que las dietas destinadas a los miembros del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud deben fijarse a un nivel comparable al establecido para los miembros del Consejo Ejecutivo...". Desearía que se agregue "...de la Organización Mundial de la Salud".

El PRESIDENTE: ¿Se aprueba la resolución con esta modificación? Queda aprobada.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

El Dr. ORELLANA (Venezuela, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

*Tema 3.2.1: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1964*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el *Documento Oficial No. 40*, presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, que contiene el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1964; y

Teniendo en cuenta que dicho proyecto se presenta a la Conferencia en su carácter de Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, para su examen y transmisión al Director General de la citada Organización a fin de que lo tome en consideración al preparar el proyecto de presupuesto de la OMS para 1964,

## RESUELVE:

Aprobar la transmisión del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1964, contenido en el *Documento Oficial No. 40*, y solicitar del Director Regional que lo transmita al Director General de dicha Organización, a fin de que lo pueda tomar en cuenta en la preparación del presupuesto de la OMS para 1964.

<sup>1</sup> Resolución XXIII. *Documento Oficial de la OPS 48, 24.*

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? De no haberla, se considera adoptado.

*Aprobado.*<sup>2</sup>

El Dr. ORELLANA (Venezuela, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

*Tema 3.2.2: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el *Documento Oficial No. 40*, presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, que contiene el anteproyecto que servirá de base preliminar para la preparación del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, correspondiente a 1964, que se someterá a la consideración de la 48ª Reunión del Comité Ejecutivo y de la XIV Reunión del Consejo Directivo;

Teniendo en cuenta que el anteproyecto de Programa y Presupuesto contiene proyectos de salud pública muy necesarios y bien planeados; y

Teniendo en cuenta las recomendaciones y observaciones formuladas por varias Delegaciones durante el examen de dicho anteproyecto,

## RESUELVE:

1. Tomar nota del anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964, contenido en el *Documento Oficial No. 40*.

2. Encomendar al Director que, al preparar su Proyecto de Programa y Presupuesto para 1964 y al efectuar consultas con los Gobiernos acerca de él, preste la debida consideración a las recomendaciones y observaciones formuladas por varias Delegaciones.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción u observación a este proyecto de resolución? No habiendo ninguna, queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>3</sup>

**Segundo Informe de la Comisión I (Asuntos Técnicos)**

El PRESIDENTE: Ruego al Dr. Calvo que presente el segundo informe de la Comisión I (Asuntos Técnicos).

<sup>2</sup> Resolución XXIV. *Documento Oficial de la OPS 48, 24.*

<sup>3</sup> Resolución XXV. *Documento Oficial de la OPS 48, 25.*

El Dr. CALVO (Panamá, Relator de la Comisión I): El Relator de la Comisión I tiene el honor de informar a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana de que, en la tercera sesión de la Comisión, celebrada el día 29 de agosto de 1962, se examinó el tema 2.13, sobre el que se acordó recomendar a la Conferencia que adopte la siguiente resolución contenida en el segundo informe:

*Tema 2.13: Programa de investigaciones*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la política y el programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (Documento CSP16/35),<sup>1</sup>

Teniendo en cuenta la Resolución XXXVIII aprobada en la XIII Reunión del Consejo Directivo,<sup>2</sup>

Teniendo en cuenta los actuales problemas de salud señalados en la Carta de Punta del Este, cuya solución se aceleraría al llevarse a cabo la política y el programa de investigaciones recomendados;

Advirtiendo que se requiere un importante programa de adiestramiento en investigación;

Observando que se ha recomendado a los Gobiernos que, por medio de consejos nacionales de investigación u otros organismos idóneos, evalúen los recursos nacionales en materia de investigaciones biomédicas y de salud pública; y

Considerando la importancia de las investigaciones en el programa de la Organización,

RESUELVE:

1. Expresar su satisfacción por la política y programa de investigaciones tal como han sido presentados y, citando las palabras del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas, "felicitar al Director, a la Secretaría, al personal y a los numerosos expertos que han prestado su colaboración, por el muy alto nivel de competencia científica alcanzado".

2. Subrayar la importancia del adiestramiento en investigación.

3. Encomendar al Director: a) que realice todas las gestiones posibles para incrementar la labor de investigación de la Organización, inclusive proyectos específicos y su financiamiento, en beneficio mutuo de los países de la Región; y b) que presente informes anuales al Consejo Directivo y un informe sobre los progresos logrados al respecto a la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE: ¿Alguna objeción a este proyecto de resolución? ¿Ninguna? Queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 9.

<sup>2</sup> *Ibid.*, 41, 43.

<sup>3</sup> Resolución XXVI. Documento Oficial de la OPS 48, 25-26.

El PRESIDENTE: Ruego ahora al Dr. Calvo que presente el segundo informe de las sesiones conjuntas.

**Segundo informe de las sesiones conjuntas de la Comisión I y de la Comisión II**

El Dr. CALVO (Panamá, Relator de la Comisión I): El Relator de la Comisión I, en funciones de Relator de las sesiones conjuntas de las Comisiones I y II, tiene el honor de informar de que en la tercera y cuarta sesiones, celebradas el día 29 de agosto de 1962, se examinaron los temas 2.2, 3.10 y 2.11 sobre los que se acordó recomendar a la Conferencia que adopte las siguientes resoluciones contenidas en el segundo informe:

*Tema 2.2: Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el X Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento CSP16/20),<sup>4</sup>

Teniendo en cuenta los progresos alcanzados gracias a los esfuerzos coordinados de los Gobiernos y de las organizaciones internacionales que cooperan en la campaña;

Teniendo en cuenta los problemas de orden técnico que subsisten en algunas áreas y las investigaciones que se realizan para superarlos; y

Teniendo en cuenta las dificultades económicas existentes en algunas campañas, lo que provoca costosos retrasos en el desarrollo de las mismas,

RESUELVE:

1. Expresar su profundo reconocimiento por la ayuda prestada por el UNICEF y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) del Gobierno de los Estados Unidos de América para la ejecución del programa continental de erradicación de la malaria y reiterar su deseo de que esta cooperación continúe, y si es posible se intensifique, hasta que se logre la erradicación de la malaria en las Américas.

2. Testimoniar su satisfacción por el programa de investigaciones que realizan algunos Gobiernos, con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana, con miras a solucionar problemas técnicos que impiden la interrupción de la transmisión de la malaria en ciertas áreas.

3. Reiterar a los Gobiernos la urgente necesidad de erradicar la malaria proporcionando a las campañas los recursos económicos indispensables para alcanzar tal objetivo.

<sup>4</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 2.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de México.

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México): Creo que podría agregarse un párrafo expresando la satisfacción de la Conferencia por la cooperación que la Oficina Sanitaria Panamericana viene prestando a los países en el adiestramiento de personal.

El PRESIDENTE: ¿Queda aprobado este proyecto de resolución con la adición propuesta por el Dr. García Sánchez? De no haber objeción se considera aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

El Dr. CALVO (Panamá, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

*Tema 3.10: Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el Documento CSP16/25 sobre el cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria,<sup>2</sup>

Teniendo en cuenta que la erradicación de la malaria constituye un factor positivo indispensable para el desarrollo económico y social de extensas áreas de la América Latina, principalmente en el sector de la producción agrícola;

Teniendo en cuenta los objetivos que han sido fijados para la próxima década, en el Título Primero de la Carta de Punta del Este, y las medidas de acción inmediata indicadas en la Resolución A.2 de la misma Carta,<sup>3</sup>

Teniendo en cuenta la necesidad de acometer un mayor esfuerzo económico para erradicar la malaria de ciertas áreas en que la sola aplicación intradomiciliaria de insecticidas de acción residual no es suficiente para interrumpir la transmisión; y

Teniendo en cuenta que la América Central y Panamá forman una región geográfica bien definida y que la persistencia de la transmisión de la malaria en cualquiera de sus países pone en peligro inmediato las áreas de malaria erradicada de otros,

RESUELVE:

1. Tomar nota de las cantidades que se consideran necesarias para el Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria en 1963.

<sup>1</sup> Resolución XXVII. Documento Oficial de la OPS 48, 26.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 3.

<sup>3</sup> Documento Oficial de la OEA, Ser. H/XII.1 (esp.), 1961, págs. 10-11, 30-32.

2. Reiterar a los Gobiernos de la Organización la necesidad de que aporten contribuciones al citado Fondo Especial.

3. Recomendar a los Países de la Organización que incluyan, con la prioridad que merece, la campaña de erradicación de la malaria en los programas de desarrollo económico y social de la Alianza para el Progreso.

4. Recomendar que la asistencia internacional prestada a las campañas de erradicación de la malaria en el istmo centroamericano tenga suficiente flexibilidad para permitir la transferencia de recursos económicos y materiales de un país a otro de acuerdo con las necesidades técnicas del momento.

5. Expresar su reconocimiento al Gobierno de los Estados Unidos de América por su generosa contribución al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria en 1963, así como por su oferta de continuar efectuando aportaciones a dicho Fondo en los años venideros.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción? Tiene la palabra el Delegado del Perú.

El Dr. QUIRÓS (Perú): Quisiera simplemente que en la parte dispositiva se añadiera una frase en que se exprese el agradecimiento de la Conferencia a la Oficina por la forma satisfactoria en que este asunto ha sido presentado.

El PRESIDENTE: ¿Se aprueba el proyecto de resolución con la adición propuesta por el Dr. Quirós? Queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>4</sup>

El Dr. CALVO (Panamá, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

*Tema 2.11: Planes nacionales de salud*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe del Director relativo a las actividades de planificación llevadas a cabo por la Organización Panamericana de la Salud (Documento CSP16 24),<sup>5</sup>

Teniendo en cuenta la importancia y urgencia de estas actividades y el creciente interés que han mostrado los Gobiernos en la preparación de planes nacionales de salud,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director sobre los planes nacionales de salud (Documento CSP16 24).

2. Apoyar las medidas adoptadas por el Director con respecto a los servicios de asesoramiento que han de prestarse a los Gobiernos, el establecimiento de una metodología de planificación y el adiestramiento de planificadores de salud.

3. Reiterar a los Gobiernos la necesidad de formular planes nacionales de salud, y a tal fin establecer, a nivel ministerial,

<sup>4</sup> Resolución XXVIII. Documento Oficial de la OPS 48, 26-27.

<sup>5</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 12.

unidades de planificación debidamente coordinadas y representadas ante los organismos nacionales de planificación económica y social, de tal manera que se asegure la integración de los planes y programas de salud en el desarrollo social y económico de los países.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a este proyecto de resolución? De no haberla, se considera aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

El Dr. CALVO (Panamá): Con estas resoluciones ha quedado terminado el examen de los temas asignados por la Comisión General a las sesiones conjuntas de las Comisiones I y II.

El PRESIDENTE: Antes de terminar, ruego al Dr. Calvo, Relator de la Comisión I, que dé lectura al texto definitivo de la adición propuesta por el Delegado del Perú al proyecto de resolución sobre el tema 2.7 (Informe sobre el estado del plan continental de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas).

El Dr. CALVO (Panamá, Relator): La adición propuesta por el Delegado del Perú, que sería el párrafo cuarto de la parte dispositiva, dice así: "Encomendar al Director que presente un programa y presupuesto indicando la forma en que estos fondos serán invertidos y las posibles tendencias del programa en el futuro". Naturalmente, habría que correr la numeración de los siguientes párrafos en la parte dispositiva de la resolución.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción? Entonces queda aprobado definitivamente el proyecto de resolución sobre el tema 2.7 con la adición propuesta por el Delegado del Perú.

*Aprobado.*<sup>2</sup>

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de México.

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México): Quisiera, y creo que está en el ánimo de todos los señores Delegados, que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana haga patente al Comité del Estado de Minnesota establecido para la Conferencia, a su Sección de Hospitalidad y a la ciudad de Minneapolis nuestro agradecimiento por el cúmulo de atenciones de que hemos sido objeto. Habíamos querido patentizarlo de otra forma, pero las ocupaciones que hemos tenido durante la Conferencia no nos han permitido manifestarlo personalmente a cada uno de los miembros del Comité. Creo que cabría una resolución más, de agradecimiento a las autoridades de Minnesota y al Comité por la colaboración que prestaron para el mejor desarrollo de la Conferencia; pero también hacemos al señor Director la súplica de que en el día de mañana, en nombre de los que ya no vamos a estar, haga extensivo nuestro agradecimiento al Comité y a todos los ciudadanos.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Perú.

El Dr. QUIRÓS (Perú): Estoy de acuerdo con la sugerencia del Dr. García Sánchez. Propongo que se redacte un voto de agradecimiento a las autoridades de este Estado y, en especial, a dicho Comité.

El PRESIDENTE: Aceptamos las proposiciones de los Dres. García Sánchez y Quirós, y mañana se presentará un voto de gracias en ese sentido. Se levanta la sesión.

*Se levanta la sesión a las 13 h. 03 m.*

<sup>1</sup> Resolución XXIX. Documento Oficial de la OPS 48, 27-28.

<sup>2</sup> Resolución X. Documento Oficial de la OPS 48, 14-15.

## NOVENA SESION PLENARIA

*Domingo, 2 de septiembre de 1962, a las 10 h. 15 m.*

*Presidente: Dr. MAX TERÁN VALLS (Costa Rica)*

**Tema 1.13: Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y la XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas (conclusión)**

*Proyecto de resolución*

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. El primer punto es el examen del proyecto de resolución sobre el tema 1.3. Ruego al Dr. Sutter que dé lectura a dicho proyecto.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): El proyecto de resolución sobre este tema, aprobado por la Comisión General, dice así:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando que los resúmenes de los informes cuatrienales sobre las condiciones de salud en las Américas, presentados a la XIV,<sup>1</sup> XV<sup>2</sup> y XVI<sup>3</sup> Conferencias Sanitarias Panamericanas, proporcionan importante información sobre los progresos logrados en las Américas y aportan datos comparativos para la planificación y evaluación de programas nacionales e internacionales de salud; y

Teniendo en cuenta que la preparación de programas de salud de largo alcance requiere datos fundamentales de muy diversa índole que deben ser tan completos y comparables como sea posible y abarcar todas las áreas de las Américas,

RESUELVE:

1. Recomendar a los Gobiernos de la Organización que adopten las medidas necesarias para ampliar y reforzar sus programas de recopilación, publicación y uso de estadísticas vitales y de salud que servirán de base para la formulación, ejecución y evaluación de programas nacionales de salud.

2. Estimular la notificación pronta, exacta y completa acerca de la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles, con el objeto de utilizar inmediatamente esos datos en la planificación, ejecución y evaluación de programas de erradicación o control de dichas enfermedades.

3. Encomendar al Director de la Oficina Sanitaria Pana-

mericana que continúe insistiendo en la importancia que reviste la publicación anual de estadísticas de morbilidad y mortalidad por enfermedades de notificación obligatoria, a fin de que pueda procederse a una evaluación continua de los progresos alcanzados en el programa de control o erradicación a nivel local, nacional e internacional.

4. Recomendar a las autoridades nacionales de salud que establezcan o refuercen sus respectivos departamentos de estadística para que funcionen a un nivel apropiado, respondan a las necesidades y desempeñen las funciones recomendadas en el Código Sanitario Panamericano y por la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.<sup>4</sup>

5. Estimular a los Gobiernos de la Organización a que presten su apoyo a programas de enseñanza y adiestramiento en estadísticas para personal profesional, técnico y auxiliar, a fin de lograr rápidos progresos en la obtención de datos básicos y en su utilización eficaz.

6. Encomendar al Director que la Organización siga concediendo alta prioridad al mejoramiento de la calidad y a la extensión de las estadísticas vitales y de salud, con objeto de que en la próxima década se cuente en todas las Américas con sistemas eficientes de recopilación y utilización de datos.

7. Recomendar que la Oficina siga publicando los resúmenes de los informes cuatrienales sobre las condiciones de salud en las Américas, y que se intensifiquen los esfuerzos para mejorar en todos los niveles la calidad de los datos presentados relativos a recursos humanos, servicio de salud y hospitalarios, y otros afines.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a este proyecto de resolución? No habiéndola, queda aprobado.

*Aprobado.<sup>5</sup>*

**Tercer Informe de la Comisión I (Asuntos Técnicos)**

El PRESIDENTE: Ruego al Dr. Calvo, Relator de la Comisión I, que dé cuenta del tercer informe de dicha Comisión.

El Dr. CALVO (Panamá, Relator de la Comisión I): Tengo el honor de informar a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana de que, en la se-

<sup>1</sup> *Publicación Científica de la OPS* 24.

<sup>2</sup> *Ibid.*, 40.

<sup>3</sup> *Ibid.*, 64.

<sup>4</sup> *Documento Oficial de la OPS* 14, 659-663.

<sup>5</sup> Resolución IX. *Documento Oficial de la OPS* 48, 13-14.



sión celebrada el día 30 de agosto de 1962, se examinaron los temas 2.3, 2.4, 2.5, 2.9, 2.12 y 2.15, sobre los que se acordó recomendar a la Conferencia que adopte los siguientes proyectos de resolución que figuran en el tercer informe:

*Tema 2.3: Informe sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe del Director sobre el estado actual de la erradicación de la viruela en las Américas (Documento CSP16 11),<sup>1</sup>

Teniendo en cuenta la preocupación expresada por los Delegados de países actualmente libres de esa enfermedad, ante los peligros que representan los focos de viruela que subsisten en las Américas;

Habiendo estudiado el programa de la Organización para completar la erradicación de la viruela en las Américas; y

Teniendo en cuenta la carga económica y social que representa la viruela, y habiéndose resuelto en la Carta de Punta del Este "dar término a los proyectos en ejecución, en especial los relacionados con el control o erradicación de las enfermedades transmisibles..., reconociendo la debida prioridad a los programas de emergencia de determinados países",<sup>2</sup>

RESUELVE:

1. Expresar su satisfacción por el éxito que han logrado diversos Gobiernos de la Organización en la erradicación de la viruela y por el establecimiento de campañas nacionales por otros Gobiernos.

2. Encarecer una vez más a los Gobiernos de los países donde existen todavía focos de viruela, que amplíen y aceleren sus respectivos programas nacionales de erradicación de esta enfermedad y que concedan a dichos programas alta prioridad en sus planes nacionales de salud, procurando conseguir de fuentes nacionales o internacionales los fondos y recursos adicionales que sean necesarios para erradicar la viruela de las Américas en el curso de los próximos cinco años, de conformidad con la Resolución A.2 de la Carta de Punta del Este.

3. Encomendar al Director que adopte todas las medidas necesarias para dar apoyo y asesorar a los Gobiernos, a fin de que puedan alcanzar el objetivo de la erradicación de la enfermedad.

4. Señalar a la atención de los Gobiernos la importancia de la aplicación correcta de las medidas especiales relativas a la viruela, establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional, con especial referencia al Artículo 3.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 4.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OEA, Ser. H/XII.1 (esp.), 1961, pág. 31.

<sup>3</sup> Reglamento Sanitario Internacional, Edición anotada, Washington, D. C.: Oficina Sanitaria Panamericana, 1959, 153 págs.

5. Encarecer a los Gobiernos que ya han erradicado la viruela que establezcan, en sus respectivos servicios de salud, sistemas que aseguren el mantenimiento de adecuados niveles nacionales de inmunidad y permitan una constante vigilancia contra la recurrencia de esa enfermedad.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción? No habiéndola, se considera aprobado el proyecto de resolución.

*Aprobado.*<sup>4</sup>

El Dr. CALVO (Panamá, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

*Tema 2.4: Informe sobre el estado de la erradicación del Aedes aegypti en las Américas*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas (Documento CSP16/12),<sup>5</sup>

Teniendo en cuenta que el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su I Reunión, celebrada en Buenos Aires, en 1947, acordó la iniciación de la campaña continental de erradicación del *Aedes aegypti*,<sup>6</sup> y que, a pesar de los 15 años transcurridos, son todavía muchas las áreas infestadas por este mosquito que constituyen fuentes de reinfestación reales y posibles para las zonas y países que ya han erradicado dicho vector;

Teniendo en cuenta lo acordado por el Consejo Directivo en la Resolución XXXIV de su XIII Reunión;<sup>7</sup>

Habiendo tomado nota de los informes sobre la resistencia cada vez mayor a los insecticidas y de la introducción esporádica de casos de fiebre amarilla selvática, tardíamente reconocidos, en zonas urbanas infestadas de *Aedes aegypti*, y

Teniendo en cuenta los programas que están llevando a cabo varios Gobiernos y el propósito expresado por otros de emprender la erradicación del *Aedes aegypti*,

RESUELVE:

1. Encarecer a los Gobiernos de los países y áreas en que el vector ha sido erradicado, que mantengan activos programas de vigilancia a fin de impedir la reinfestación.

2. Expresar su satisfacción por los progresos alcanzados en las actuales campañas de erradicación de varios países, que permiten prever la erradicación del *Aedes aegypti*, en sus respectivos territorios, en un futuro próximo.

3. Encarecer a los Gobiernos de países y áreas todavía infestados por el *Aedes aegypti* que concedan la máxima priori-

<sup>4</sup> Resolución XXX. Documento Oficial de la OPS 48, 28.

<sup>5</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 5.

<sup>6</sup> Publicación de la OSP 246, 3.

<sup>7</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 33.

dad a la provisión de los fondos, del personal y de los materiales necesarios para completar sus campañas de erradicación.

4. Encomendar al Director que adopte todas las medidas oportunas para intensificar y acelerar la campaña de erradicación del *Aedes aegypti*, a fin de alcanzar la meta de la erradicación lo más pronto posible.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción al proyecto de resolución? De no haberla, se considera aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

El Dr. CALVO (Panamá, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

*Tema 2.5: Informe sobre el estado del control de la tuberculosis en las Américas*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta que el Comité Ejecutivo, en su 36ª Reunión, encomendó al Director que informara al Consejo Directivo sobre las necesidades financieras para la formulación de un plan continental de lucha contra la tuberculosis,<sup>2</sup> y que, posteriormente, la Carta de Punta del Este, en el inciso b. (3) del párrafo 2 de la Resolución A.2,<sup>3</sup> recomendó que se intensificara el control de esta enfermedad;

Considerando que tanto el Comité de Expertos de la OMS en Tuberculosis, como el Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria han hecho una serie de recomendaciones técnicas que podrán ser aplicadas a la solución gradual de este problema;

Considerando que, a pesar de los esfuerzos realizados y de los adelantos obtenidos en el campo médico contra la tuberculosis, los Gobiernos han informado que, debido a esta enfermedad, se les plantea una grave situación;

Teniendo en cuenta que es necesario afrontar el problema de la tuberculosis con esfuerzos mucho mayores en lo que respecta a financiamiento y a aprovechamiento de los recursos disponibles;

Considerando que, para este mejor aprovechamiento, es urgente desarrollar y poner en ejecución planes y programas adecuados de salud pública integrados, dentro de los cuales deben incorporarse los correspondientes a la lucha contra la tuberculosis; y

Considerando que, para formular planes a largo plazo encaminados al control de la enfermedad en las Américas, es urgente impulsar la investigación epidemiológica del problema por todos los medios posibles, especialmente mediante el desarrollo de metodologías adecuadas en proyectos limitados de demostración,

RESUELVE:

1. Acoger con beneplácito el informe presentado por el Director, (Documento CSP16/14)<sup>4</sup> que demuestra la preocupación de la Oficina por el problema de la tuberculosis en las Américas.

2. Encomendar a los Gobiernos que hagan todos los esfuerzos posibles para dar el mayor impulso a los programas nacionales contra la tuberculosis y que los incorporen a los servicios generales de salud pública.

3. Recomendar a los Gobiernos que recaben de los organismos que proporcionan o intervienen en el financiamiento de la Alianza para el Progreso, la inversión de fondos especiales para abordar el complejo problema de la tuberculosis.

4. Pedir al Director que ayude a los Gobiernos a preparar y desarrollar planes a corto plazo sobre la base de proyectos locales de demostración, que puedan ser respaldados con fondos del UNICEF, y a largo plazo, con fondos nacionales o provenientes de otras fuentes de financiamiento, tomando en cuenta los fundamentos básicos establecidos por el Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria.

5. Encomendar al Director que haga cuantos esfuerzos sean posibles para ayudar a los países en la formación de personal especializado para estos programas.

6. Encomendar al Director que en el programa de investigaciones se dé prioridad a estudios tendientes a la adquisición de un conocimiento más profundo tanto de la magnitud del problema como de sus aspectos económicos.

7. Autorizar al Director a que, para la realización de las recomendaciones anteriores, gestione la obtención, a la mayor brevedad posible, de los recursos necesarios.

El PRESIDENTE: ¿Se aprueba sin objeciones? Tiene la palabra el Delegado del Perú.

El Dr. QUIRÓS (Perú): Me atrevería a indicar la conveniencia de que el párrafo sexto de la parte dispositiva quedara redactado en la siguiente forma: "Encomendar al Director que en el programa de investigaciones se dé prioridad a estudios tendientes a la adquisición de un conocimiento más profundo, tanto de la magnitud del problema como de sus aspectos económicos, así como al establecimiento de nuevas técnicas de control".

El Dr. CALVO (Panamá, Relator): Como en el párrafo cuarto se expresa ya este deseo de la Delegación del Perú, desearía preguntar al Dr. Quirós si no cree que realmente está comprendido, cuando se dice: "Pedir al Director que ayude a los Gobiernos a preparar y desarrollar planes a corto plazo... con fondos nacionales o provenientes de otras fuentes de financiamiento, tomando en cuenta los

<sup>1</sup> Resolución XXXI. Documento Oficial de la OPS 48, 29.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 27, 439.

<sup>3</sup> Documento Oficial de la OEA, Ser. H/XII.1 (esp.), 1961, pág. 31.

<sup>4</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 6.

fundamentos básicos establecidos por el Comité Mixto...”, que precisamente prevé la preparación de planes de esta naturaleza.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Perú.

El Dr. QUIRÓS (Perú): No me he referido a planes, sino al estudio de nuevos procedimientos de control; por ejemplo, el estudio de nuevas drogas o de nuevos elementos para la lucha antituberculosa.

El PRESIDENTE: Rogamos al Dr. Quirós que concrete su proposición.

El Dr. QUIRÓS (Perú): Se agregaría la siguiente frase: “así como al estudio de nuevos elementos que faciliten el control de la enfermedad”.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): Creo que todos estamos de acuerdo, cuando menos en el sentido, con la propuesta del Dr. Quirós. Es muy clara, pero veo que la adición de tantas palabras va a dejar obscuro el propósito de la resolución. ¿Por qué no decimos “tanto de la magnitud del problema como de sus aspectos económicos y técnicos”? Me parece que así se englobarían los diversos elementos.

El PRESIDENTE: ¿Está de acuerdo el Dr. Quirós? ¿Están de acuerdo los demás Delegados? Queda aprobado el proyecto de resolución, con la adición sugerida por el Delegado del Ecuador.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

El Dr. CALVO (Panamá, Relator): Debido a una afección de garganta, suplico que se me exima de continuar leyendo.

El PRESIDENTE: Ruego al Dr. Sutter que siga leyendo el informe de la Comisión I.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): El siguiente proyecto de resolución dice así:

*Tema 2.9: Informe sobre las actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este y proyecciones futuras*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe del Director sobre las actividades que lleva a cabo la Oficina Sanitaria Panamericana

con arreglo a la Carta de Punta del Este (Documento CSP16/7);<sup>2</sup> y

Considerando que estas actividades son de importancia para la salud y el bienestar de los pueblos de las Américas,

RESUELVE:

1. Aprobar el informe del Director sobre las actividades que lleva a cabo la Oficina Sanitaria Panamericana con arreglo a la Carta de Punta del Este (Documento CSP16/7).

2. Encarecer a los Gobiernos que impulsen programas bien planeados y coordinados, concebidos para alcanzar los fines establecidos en la Carta de Punta del Este en materia de salud.

3. Encomendar al Director que continúe facilitando y ampliando los servicios de asesoramiento a los Gobiernos para “la preparación y ejecución de estos planes (de salud)”, como establece la Carta de Punta del Este.

4. Encomendar al Director que desarrolle el programa de la Oficina Sanitaria Panamericana en forma que le permita a ésta cumplir la misión que le incumbe de conformidad con la Carta de Punta del Este.

5. Encomendar al Director que haga cuanto le sea posible para conseguir fondos extrapresupuestarios que contribuyan a sufragar el adiestramiento, en planificación, de personal nacional e internacional, así como los programas y proyectos encaminados a realizar los objetivos de la Carta de Punta del Este en materia de salud.

6. Encomendar al Director que adopte las medidas necesarias para asegurar la participación de la Oficina en las encuestas y operaciones de planificación y programación del desarrollo social y económico emprendidas por la Organización de los Estados Americanos, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina u otras organizaciones, multilaterales o bilaterales, de conformidad con la Carta de Punta del Este.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación? No habiendo ninguna, queda aprobado el proyecto de resolución.

*Aprobado.*<sup>3</sup>

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): El siguiente proyecto de resolución dice así:

*Tema 2.12: Resoluciones de la Organización Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional*

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Visto el Documento CSP16.23,<sup>4</sup> en el que el Director somete a la atención del Comité Regional para las Américas varias resoluciones de la 15ª Asamblea Mundial de la Salud;<sup>5</sup> y

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 11.

<sup>3</sup> Resolución XXXIII. Documento Oficial de la OPS 48, 31.

<sup>4</sup> Documento mimeografiado.

<sup>5</sup> Act. of. Org. mund. Salud 118.

<sup>1</sup> Resolución XXXII. Documento Oficial de la OPS 48, 29.

Teniendo en cuenta que la Organización Panamericana de la Salud lleva a cabo programas en los mismos campos a que hacen referencia las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud,

## RESUELVE:

Tomar nota de las siguientes resoluciones contenidas en el Documento CSP16 23: WHA15.19, Informe sobre la marcha del programa de erradicación del paludismo; WHA15.20, Situación del programa de erradicación del paludismo: posibilidad de acelerar la ejecución del programa mediante contribuciones voluntarias; WHA15.22, Continuación de la ayuda a los nuevos Estados independientes; WHA15.25, Admisión de nuevos Miembros Asociados: Jamaica; WHA15.34, Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo; WHA15.35, Financiamiento del programa de erradicación del paludismo: Criterios para la concesión de bonificaciones aplicables al pago de las contribuciones; WHA15.47, Sellos de correos pro erradicación del paludismo; WHA15.53, Programa de erradicación de la viruela; WHA15.54, Marcha de las actividades que reciben asistencia conjunta de la OMS y del UNICEF; WHA15.56, Decisiones de las Naciones Unidas, los organismos especializados y el Organismo Internacional de Energía Atómica en asuntos de interés para las actividades de la OMS: programa mundial de alimentos; y WHA15.57, Decisiones de las Naciones Unidas, los organismos especializados y el Organismo Internacional de Energía Atómica en asuntos de interés para las actividades de la OMS: Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo".

El PRESIDENTE: ¿Hay objeciones u observaciones? No habiéndolas, queda aprobado el proyecto de resolución.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

**Tema 2.14: Discusiones Técnicas sobre el tema "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud"**

*Informe del Relator*

El PRESIDENTE: Ruego al Dr. Bravo, Director de debates, que dé lectura al informe de las Discusiones Técnicas.

El Dr. BRAVO (Chile): En cumplimiento de la disposición reglamentaria y en mi calidad de Director de debates de las Discusiones Técnicas, tengo el honor de presentar a ustedes el informe del Relator. Antes de entrar en la lectura desearía que

quedara constancia en el acta del profundo agradecimiento de los participantes en las Discusiones Técnicas y del Secretario al Dr. John B. Grant, por su excelente contribución. Todos conocemos bien al Dr. Grant, antiguo dirigente de salud pública en las Américas, en sus actividades nacionales e internacionales. Ha sido un maestro de varias generaciones y aún lo sigue siendo, con una visión progresista, adelantándose a su época y planteando los problemas en forma total y moderna.

El informe ha sido corregido, y desearía que los señores Delegados tuvieran en sus manos el documento revisado, ya que en la tarde de ayer se hicieron algunas modificaciones.

*Seguidamente, el Dr. Bravo da lectura al informe sobre las Discusiones Técnicas, contenido en el Documento CSP16/DT/5, Rev. 2.*

El Dr. BRAVO (Chile): Me permito someter a la aprobación de la Conferencia el siguiente proyecto de resolución sobre las Discusiones Técnicas:

## La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe presentado por el Relator de las Discusiones Técnicas sobre el tema "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud", celebradas durante la presente Conferencia; y

Considerando la importancia de obtener, para la salud en las Américas, un régimen de integración de sus servicios,

## RESUELVE:

1. Tomar nota del informe de las Discusiones Técnicas (Documento CSP16 DT 5, Rev. 2), y expresar su satisfacción por el desarrollo de las mismas.

2. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que dé la mayor difusión posible al informe mencionado.

El PRESIDENTE: Está en discusión el informe sobre las Discusiones Técnicas, presentado por el Director de debates, Dr. Bravo. Tiene la palabra el Delegado del Perú.

El Dr. QUIRÓS (Perú): Considero que en el Capítulo II, donde dice: "El tema fue introducido..." debiera decir: "El tema fue presentado...", por ser más correcto en español.

Además, en el punto 2 del párrafo tercero del Capítulo IV dice: "Se consideró, a este respecto, que debía seguir haciéndose la distinción entre hospital y centro de salud en lo que se refiere a las

<sup>1</sup> Resolución XXXIV. Documento Oficial de la OPS 48, 31-32.

funciones que preferentemente cubre cada cual. Hubo acuerdo para considerar que el centro de salud debe ser el organismo rector del programa local". Creo que eso no está de acuerdo con lo que dijimos respecto a definiciones, y que sería mejor incluir una expresión más general, o sea, decir: "Hubo acuerdo para considerar que la autoridad local de salud debe ser el organismo rector del programa local", y no precisamente el centro de salud.

Por último, en el punto 5 del Capítulo IV, donde dice: "En todo país debe existir un plan administrativo, general y oficial, para el financiamiento de la salud", creo que entre "financiamiento" y "de la salud" debería incluirse la expresión "de los programas", porque no se puede financiar la salud.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Costa Rica.

El Dr. PRADA (Costa Rica): En mi intervención durante las Discusiones Técnicas, manifesté que todos aceptábamos, como un todo indivisible, la medicina preventiva junto con la asistencial. Manifesté, además, que el problema de la integración se presentaba en aquellas instituciones autónomas o semiautónomas que prestan servicios de seguridad social. Hubo acuerdo para aceptar lo referente a coordinación e integración, y fortalecimiento de la autoridad de salud. Por lo tanto, la Delegación de Costa Rica acoge y somete a la aprobación de la Conferencia un proyecto de resolución de la Delegación de El Salvador, que dice así:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta que en el curso de estos últimos años la mayoría de los países de América han creado o establecido las bases de un servicio de seguro social;

Teniendo en cuenta que, en unos casos, la seguridad social constituye una institución autónoma o semiautónoma, y que en otros es el propio Estado el que la tiene a su cargo; y

Considerando que el Seguro Social en la mayoría de los países presta directamente servicios médicos de carácter preventivo y asistencial, paralelos a los facilitados por los Ministerios de Salud Pública,

#### RESUELVE:

Recomendar a los Gobiernos que hayan establecido o se propongan crear un sistema de seguridad social nacional, que preste servicios médicos y asistenciales, que tomen las medidas necesarias para integrar o coordinar dichos servicios con los de los Ministerios de Salud Pública, encargándose a éstos la dirección de los mismos.

El PRESIDENTE: Debemos atenernos al Artículo 10 del Reglamento Interno de la Conferencia, que dice así: "Podrán agregarse temas complementarios al programa después de aprobado, si así se acuerda por el voto de dos terceras partes de las delegaciones presentes y votantes". Como se trata de un tema nuevo, quisiera contar con la aprobación de la Conferencia para su inclusión en el programa. Tiene la palabra el Delegado de los Estados Unidos de América.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) (*traducción del inglés*): Nuestra Delegación considera que el proyecto de resolución presentado por el Relator es preferible, en el sentido de que siempre hemos entendido que las Discusiones Técnicas quedan al margen del programa ordinario de la Conferencia. Si ésta ha de adoptar una resolución acerca de una medida de tanta importancia como la propuesta por las Delegaciones de El Salvador y Costa Rica, ello habrá de hacerse tan sólo después de un estudio muy detenido por parte de la Conferencia. Esto no significa que nos opongamos a las ideas expresadas en el proyecto de resolución propuesto por la Delegación de El Salvador, pero consideramos que no procede aprobar una resolución de esta índole al terminar las Discusiones Técnicas. Por el momento, preferimos y apoyaremos el proyecto de resolución presentado por el Relator de las Discusiones.

El PRESIDENTE: Son dos temas distintos. Creo que convendría examinar el proyecto de resolución a que ha dado lectura el Dr. Bravo y pasar después a este nuevo proyecto de resolución propuesto por la Delegación de El Salvador y leído por el Delegado de Costa Rica. Tiene la palabra el Delegado del Perú.

El Dr. QUIRÓS (Perú): Estoy de acuerdo con la proposición del Dr. Williams, aunque quizás podríamos combinar ambas proposiciones y convertirlas en una sola.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Chile.

El Dr. BRAVO (Chile): Como el proyecto de resolución implica tomar nota del informe y éste ha sido parcialmente modificado por una proposición del Dr. Quirós, quisiera decir, como Director de debates de las Discusiones Técnicas, que personal-

mente no tengo el menor inconveniente en aceptar las modificaciones sugeridas por el Delegado del Perú. Si la Conferencia estuviera de acuerdo, podrían introducirse en el texto definitivo del informe y, una vez así modificado, correspondería adoptar el proyecto de resolución que me permití proponer, y que significaría tomar nota del informe ya modificado.

El PRESIDENTE: ¿Están de acuerdo los señores Delegados en que las modificaciones de forma propuestas por el Dr. Quirós sean introducidas en este informe? Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): Creo que la opinión de la Delegación de los Estados Unidos de América está más de acuerdo con la estructura de los servicios de seguro social en algunos de nuestros países. El proyecto de resolución sugerido por la Delegación de El Salvador no deja sino dos caminos: los servicios de seguro social o se integran o se coordinan. Pero en algunos de nuestros países pueden existir impedimentos legales para cualquiera de estas dos acciones de carácter imperativo que establece dicho proyecto de resolución, mientras que en el informe del Relator de las Discusiones Técnicas se hace una sugerencia que puede ser adoptada o adaptada por cada país. Me refiero a cuando dice en el punto 5 del Capítulo IV: "Hubo acuerdo para usar los conductos reglamentarios y legales...". Puede ser que estos conductos no sean ni la integración ni la coordinación, sino un paso previo antes de alcanzar esas etapas definitivas de integración o coordinación. En ese sentido estoy de acuerdo con lo expresado por la Delegación de los Estados Unidos de América, ya que la modificación sugerida por la de El Salvador pondría en un dilema a algunos países, en los cuales el régimen de seguro social, como ocurre en el nuestro, se ajusta a un sistema independiente de financiamiento de los servicios.

El PRESIDENTE: Vamos a proceder por orden. En primer lugar, ruego a los señores Delegados que digan si están de acuerdo con las modificaciones de forma introducidas en el informe por el Delegado del Perú. Tiene la palabra el Delegado de los Estados Unidos de América.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) (*traducción del inglés*): No estoy seguro del texto

exacto de las modificaciones propuestas por el Dr. Quirós. ¿Tendrían la bondad de volver a leerlo?

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Chile.

El Dr. BRAVO (Chile): Las modificaciones serían las siguientes: En la página 1, Capítulo II, donde dice "El tema fue introducido..." debe decir "El tema fue presentado..."

El PRESIDENTE: ¿Está de acuerdo el Delegado de los Estados Unidos de América?

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) (*traducción del inglés*): Sí.

El Dr. BRAVO (Chile): Después, en el quinto párrafo del Capítulo IV, que en el texto inglés corresponde a la página 2, cuarto párrafo, en el Capítulo titulado "Discussion", que comienza diciendo: "It was considered...", diría en español lo siguiente: "Se consideró, a este respecto, que debía seguir haciéndose la distinción entre hospital y centro de salud, en lo que se refiere a las funciones que preferentemente cubre cada cual. Hubo acuerdo para considerar que la autoridad local de salud debe ser el organismo rector del programa local. El hospital debe integrarse y colaborar con dicho programa...", y el resto sigue igual.

Y finalmente, en la página 5, punto quinto, bajo el título "Financiamiento" se leería lo siguiente: "En todo país debe existir un plan administrativo general y oficial para el financiamiento de los programas de salud, aun cuando los fondos..." etc. O sea, que se intercala la expresión "de los programas".

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a que se apruebe el informe del Relator de las Discusiones Técnicas con las modificaciones propuestas por el Delegado del Perú? ¿Ninguna? Queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Panamá.

El Dr. GONZÁLEZ RUIZ (Panamá): Quiero que conste en acta que no estoy de acuerdo con esta

<sup>1</sup> Publicado en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. LIII, N° 6 (diciembre de 1962), págs. 562-565 y en la *Publicación Científica de la OPS N° 70*, 100-104.

parte del informe de las Discusiones Técnicas, precisamente con ese párrafo ya leído varias veces, que dice: "Hubo acuerdo para considerar que la autoridad local de salud debe ser el organismo rector del programa local. El hospital debe integrarse y colaborar con dicho programa". Nuestra experiencia nos dice que eso constituye el fracaso de la integración y, por consiguiente, quiero dejar constancia de que nosotros, por ahora, no vamos a hacer tal como se nos recomienda.

El PRESIDENTE: Quiero expresar al Dr. González Ruiz que sus manifestaciones constarán en acta. ¿Se aprueba el proyecto de resolución leído por el Dr. Bravo? ¿No hay objeción? Queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

### Los Servicios de Salud Pública y de Seguridad Social

#### *Proyecto de resolución propuesto por la Delegación de El Salvador*

El PRESIDENTE: Pasemos al segundo punto, es decir, al proyecto de resolución propuesto por la Delegación de El Salvador. Tiene la palabra el Delegado de Costa Rica.

El Dr. PRADA (Costa Rica): Deseo manifestar que el texto del proyecto de resolución leído por el Dr. Bravo es algo vago. Lo que importa, a mi juicio, es recoger tan sólo algunos aspectos en los que se estuvo de acuerdo durante las Discusiones Técnicas. Lo que nosotros buscamos es fortalecer la autoridad del Ministerio de Salud Pública. Desde el punto de vista de la redacción, podríamos decir que se busquen los métodos reglamentarios y legales para llegar a la coordinación necesaria de todos los servicios médicos y asistenciales. No hemos tratado de hacerlo de manera imperativa, pero sí creo que vale la pena, con una resolución de este tipo, llegar a fortalecer la autoridad de los Ministerios de Salud Pública y establecer, en el sentido que nosotros hemos visto, la necesidad de integrar o coordinar todos los servicios.

El PRESIDENTE: He de manifestar que el acuerdo ya está tomado y hemos entrado en el segundo punto, que es el proyecto de resolución presentado

por el Delegado de Costa Rica, a solicitud de la Delegación de El Salvador. Se trata por tanto de un tema nuevo, y hemos de ponerlo a votación para determinar si los señores Delegados quieren tomarlo en consideración.

*Se procede a la votación, con el siguiente resultado: 7 votos a favor, 8 en contra y 2 abstenciones. Queda rechazada la inclusión del nuevo tema propuesto por la Delegación de El Salvador.*

### Tema 2.15: Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas

#### *Informe del grupo de trabajo*

El PRESIDENTE: Pasaremos ahora al tema 2.15. Ruego al Dr. Castillo, de Venezuela, que lea el Informe del grupo de trabajo establecido para examinar este tema.

El Dr. CASTILLO (Venezuela): El informe dice así:

El grupo de trabajo designado por la Comisión I para recibir proposiciones sobre temas para las Discusiones Técnicas en la próxima reunión del Consejo Directivo, integrado por el Dr. Alfred A. Peat, de Jamaica; el Dr. Felipe García Sánchez, de México, y el Dr. Demetrio Castillo, de Venezuela, se reunió el 1 de septiembre y eligió como Presidente al Dr. Peat.

El grupo de trabajo ha recibido diversas proposiciones sobre temas que pudieran examinarse en las próximas Discusiones Técnicas, y todos ellos son de tal amplitud y de tan manifiesta importancia, dentro de las labores de salud pública, que el grupo no ha podido seleccionar imparcialmente uno aislado, para hacer una proposición concreta, motivo por el cual se permite presentar los siguientes:

1) "La salud mental dentro de los programas de salud pública"; propuesto por la Delegación de México.

2) "Las enfermedades del corazón y el cáncer dentro de un programa de salud pública", propuesto por las Delegaciones de Venezuela y Jamaica.

3) "Ideas para la formulación de un plan de control de las infecciones entéricas, incluyendo medidas de saneamiento ambiental, epidemiología, educación para la salud y de diagnóstico y tratamiento oportuno", propuesto por la Delegación de Chile.

4) La Delegación de Argentina propone dos temas que son los siguientes:

<sup>1</sup> Resolución XXXVI. Documento Oficial de la OPS 48, 32-33.

- 1) "Enfermedad de Chagas: problemas actuales".
- 2) "Nutrición: sus problemas actuales en las Américas".

Además, aunque el grupo de trabajo no ha recibido proposiciones concretas, tiene la impresión de que algunas Delegaciones están inclinadas a proponer otros temas de igual importancia y trascendencia que los anteriormente enumerados, todo lo cual ha contribuido a la decisión del grupo de trabajo de no hacer una recomendación específica.

El grupo de trabajo desea manifestar a la Comisión su agradecimiento por la confianza de que ha sido objeto.

El PRESIDENTE: Quedan a la consideración de los señores Delegados los temas propuestos para la XIV Reunión del Consejo Directivo. Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): Esta Delegación acoge con beneplácito el tema sugerido por la Delegación de Chile. El problema de las enfermedades entéricas alcanza en nuestro país tal magnitud que figura como una de las principales causas de mortalidad. Cada vez que surge este tema deseamos tratarlo exhaustivamente, investigar su etiología, etc. Por ello, apoyamos la selección del tema sugerido por Chile.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Chile.

El Dr. BRAVO (Chile): Estimo que el tema propuesto por Venezuela y Jamaica, sobre el corazón y el cáncer, debe dividirse en dos. No sé si ustedes quieren que se examinen los dos problemas simultáneamente o por separado. También creo que puede dividirse la propuesta de la Delegación de la Argentina.

El PRESIDENTE: En este caso, valdría la pena preguntar a los Delegados de Venezuela y Jamaica si aceptan que se considere su tema como dos o como uno solo. Tiene la palabra el Delegado de Venezuela.

El Dr. CASTILLO (Venezuela): Al proponer este tema, lo hicimos tomando en consideración que, en muchos países, son las enfermedades cardíacas y el cáncer causa importante de muerte en la edad adulta, que es, por otra parte, la edad de mayor productividad económica. Tomamos también en consideración de que desde hace cierto tiempo, y en esta misma Conferencia, se ha dado gran importancia a la relación entre la salud y el desarrollo económico.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de la Argentina.

El Dr. OLGUÍN (Argentina): La sugerencia presentada por la Delegación de mi país comprende, efectivamente, dos temas. Reconoce la importancia de los temas presentados por las otras Delegaciones, pero fundamenta los sometidos por ella diciendo que reúnen las condiciones requeridas y que tienen una gravitación en la solución de problemas trascendentales en las Américas. De manera que según creo, su consideración y discusión en un ambiente técnico de la máxima jerarquía ayudará en forma importante a establecer un criterio general que contribuya a la solución de los problemas de salud de nuestros pueblos.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Perú.

El Dr. QUIRÓS (Perú): Nuestra Delegación está de acuerdo con la proposición hecha por las Delegaciones de Venezuela y Jamaica, ya que el estudio de estos problemas es de particular interés para su solución.

El PRESIDENTE: Entonces se consideraría el tema propuesto por las Delegaciones de Venezuela y Jamaica como uno solo, y la proposición de la Argentina como dos temas. Vamos a someterlos a votación según el orden propuesto en el informe del grupo de trabajo.

*Se procede a la votación del primer tema: "La salud mental dentro de los programas de salud pública", propuesto por la Delegación de México, con el siguiente resultado: 3 votos a favor, 11 en contra y una abstención. Queda rechazada la propuesta.*

*Se procede a la votación del segundo tema: "Las enfermedades del corazón y el cáncer dentro de un programa de salud pública", propuesto por las Delegaciones de Venezuela y Jamaica, con el siguiente resultado: 5 votos a favor, 11 en contra y 2 abstenciones. Queda rechazada la propuesta.*

*Se procede a la votación del tercer tema: "Ideas para la formulación de un plan de control de las infecciones entéricas, incluyendo medidas de saneamiento ambiental, epidemiología, educación para la salud, y de diagnóstico*



*y tratamiento oportuno*”, con el siguiente resultado: 12 votos a favor, 2 en contra y 3 abstenciones. Queda aprobada la propuesta de la Delegación de Chile.

El PRESIDENTE: Teniendo en cuenta el resultado de la votación, ruego al Dr. Sutter que dé lectura al proyecto de resolución sobre este tema.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): El proyecto de resolución dice así:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando lo dispuesto en los Artículos 1, 2 y 7 del Reglamento de las Discusiones Técnicas,<sup>1</sup> y

Teniendo en cuenta el informe del grupo de trabajo integrado por las Delegaciones de Jamaica, México y Venezuela,

**RESUELVE:**

Seleccionar el tema “Ideas para la formulación de un plan de control de las infecciones entéricas, incluyendo medidas de saneamiento ambiental, epidemiología, educación para la salud, y de diagnóstico y tratamiento oportuno”, para las Discusiones Técnicas que se celebrarán durante la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción? No habiéndola, queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>2</sup>

**Tema 1.14: Lugar y fecha de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana**

El PRESIDENTE: Ruego al Dr. Sutter que presente los documentos correspondientes al tema 1.14.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): El Documento CSP16/4 sobre este tema, dice así:

El Artículo 7-A de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud dispone que “la Conferencia se reunirá normalmente cada cuatro años en el país elegido por ella en su reunión anterior inmediata o por el Consejo en representación de la Conferencia, en una fecha fijada por el Director de la Oficina en consulta con el Gobierno Huésped. No podrán celebrarse en el mismo país dos reuniones consecutivas de la Conferencia”.

Con el fin de facilitar la decisión de la Conferencia en relación a este punto, se acompaña un anexo en el que figuran los lugares y fechas de las quince Conferencias Sanitarias Panamericanas celebradas anteriormente.

Por su parte, el Director está a la disposición de las Delegaciones que deseen informarse acerca de las obligaciones que normalmente asume el Gobierno invitante, de las que corresponden a la Organización Panamericana de la Salud y de sus consecuencias financieras.

Además, se han distribuido como Addendum I al Documento CSP16/4, las siguientes comunicaciones recibidas de los Gobiernos del Uruguay y Cuba:

Minneapolis, 25 de agosto de 1962

Sr. Presidente en ejercicio de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, Dr. Max Terán Valls:

El Delegado del Uruguay ante esta Conferencia tiene el honor de dirigirse a usted para hacerle la formal invitación del Gobierno de su país para que la próxima sede de la XVII Conferencia Panamericana sea la ciudad de Montevideo.

Saludo al señor Presidente con mi consideración más distinguida.

(firmado)

Dr. Orestes Vidovich

La comunicación del Gobierno de Cuba dice así:

Minneapolis, 27 de agosto de 1962

Sr. Presidente de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana  
Minneapolis

Sr. Presidente y Sres. Delegados:

Por la presente queremos hacer llegar a todos los miembros de esta XVI Conferencia Sanitaria Panamericana el deseo del Gobierno Revolucionario Cubano para que la sede de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana sea la ciudad de La Habana, Cuba.

El Gobierno Revolucionario Cubano se sentiría muy honrado con la aceptación de esta proposición.

Atentamente,

(firmado)

Dr. José R. Machado Ventura  
Presidente de la Delegación Cubana a la  
XVI Conferencia Sanitaria Panamericana

El PRESIDENTE: La Presidencia agradece profundamente la invitación formulada por las Delegaciones del Uruguay y Cuba. Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): Esta Delegación quiere hacer la siguiente propuesta concreta: primero, que la Conferencia exprese su agradecimiento a los Gobiernos que han ofrecido su país como

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 47, 81-83.

<sup>2</sup> Resolución XXXV. Documento Oficial de la OPS 48, 32.

sede para la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana; segundo, que se delegue en el Consejo Directivo la facultad de seleccionar la próxima sede, en 1964, es decir, con dos años de antelación, de acuerdo con las condiciones adecuadas para la celebración de dicha reunión.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Perú.

El Dr. QUIRÓS (Perú): Estoy de acuerdo con la proposición hecha por el Delegado del Ecuador. Añadiría que hallándose próxima la fecha de la Conferencia a la de terminación de la construcción del nuevo edificio de la Sede, quizás valdría la pena considerar esto y aplazar la decisión final, ya que podría hacerse coincidir la Conferencia con la inauguración del edificio de la Sede.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): La opinión expresada por el señor Delegado del Perú coincide con el pensamiento de la Delegación de mi país. Va implícita en nuestra propuesta esta posible decisión del Consejo Directivo, en el sentido de celebrar la XVII Conferencia en el nuevo edificio, si es que está terminado en la fecha de la misma.

El PRESIDENTE: Si los señores Delegados están de acuerdo, procede primeramente agradecer a la Delegación del Uruguay y a la de Cuba el gentil ofrecimiento en relación con el lugar de la próxima Conferencia y después, tomando en consideración la posibilidad de que se cuente ya con el nuevo edificio para la Sede, delegar en el Consejo Directivo la facultad de que decida en 1964 el lugar de la próxima sede de la Conferencia.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos de América) (*traducción del inglés*): No tengo objeción alguna que formular sobre el fondo de la propuesta de que la Conferencia se celebre en la Sede en 1966, pero deseo indicar que esto significaría una infracción de la Constitución. Por consiguiente, sugiero que limitemos la resolución a delegar en el Consejo Directivo la facultad de adoptar la decisión al respecto. Si el Consejo Directivo se pronuncia en favor de que la Conferencia se celebre en la Sede, la Constitución puede entonces enmendarse para permitirlo. Pero el Artículo 7 es bastante explícito: establece que no podrán celebrarse en el mismo país

dos reuniones consecutivas de la Conferencia.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): Desearía agregar, a la propuesta hecha por la Delegación del Ecuador, la posibilidad de que el Consejo Directivo reciba y considere propuestas de otros Gobiernos Miembros, para que la próxima Conferencia se celebre en su respectivo país; es decir, que la decisión no quede restringida a las dos propuestas que se han presentado hasta ahora.

El Dr. QUIRÓS (Perú): La cuestión planteada por el Dr. Calderwood puede solucionarse de la manera que propone. Me parece que un acto de tanta trascendencia como la inauguración de nuestra Sede merece ese estudio, para que el Consejo Directivo decida este asunto en su debida oportunidad.

#### *Constitución de un grupo de trabajo*

El PRESIDENTE: Me permito designar un grupo de trabajo integrado por los Delegados del Ecuador, Perú y Estados Unidos de América, para que prepare un proyecto de resolución sobre este tema. A este fin, propongo que se suspenda la sesión.

*Así se acuerda.*

*Se suspende la sesión a las 11 h. 35 m. y se reanuda a las 11 h. 56 m.*

El PRESIDENTE: Se reanuda la sesión. Siguiendo con el orden del día, concedemos la palabra al Delegado del Ecuador, como Presidente del grupo de trabajo.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador): El proyecto de resolución preparado por el grupo de trabajo dice así:

#### *La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,*

Informada de que, con fecha 25 de agosto de 1962, el Gobierno del Uruguay dirigió una comunicación al Presidente de esta Conferencia, ofreciendo dicho país como sede de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, y que, con fecha 27 de agosto de 1962, el Gobierno de Cuba cursó una invitación similar en relación con la designación de la próxima sede; y

Considerando la excepcional circunstancia de que para el próximo cuatrienio está prevista la terminación de las obras del nuevo edificio de la Sede de la Organización Panamericana de la Salud, por lo que el año 1966 ofrecería a la Conferencia la primera oportunidad de tomar posesión del centro capital de las futuras actividades sanitarias internacionales de este Hemisferio,

## RESUELVE:

1. Agradecer a los Gobiernos del Uruguay y Cuba los ofrecimientos formulados en relación con la designación de la sede de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.

2. Dar traslado al Consejo Directivo de las invitaciones recibidas y encomendarle que, en su reunión del año 1964, señale la sede de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, teniendo en cuenta dichas invitaciones, las que puedan recibirse hasta la fecha de la reunión y todas las demás circunstancias pertinentes en relación con la inauguración del nuevo edificio de la Organización Panamericana de la Salud, autorizándole a que adopte las medidas que considere oportunas para llevar a cabo dicha designación.

El PRESIDENTE: Se somete a la consideración de la Conferencia este proyecto de resolución del grupo de trabajo. ¿No hay objeción? Queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>1</sup>

## Votos de gracias

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Sutter.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): La Comisión General propuso que se presentaran los siguientes votos de gracias:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Expresa su agradecimiento al Honorable Elmer L. Andersen, Gobernador del Estado de Minnesota; al Honorable

<sup>1</sup> Resolución XXXVIII. Documento Oficial de la OPS 48, 34.

Arthur Naftalin, Alcalde de la ciudad de Minneapolis; al Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América; a la Junta de Gobierno y al personal de la Clínica Mayo y la Fundación Mayo; al Comité del Estado de Minnesota establecido para la Conferencia y a las distinguidas damas que integran su Sección de Hospitalidad, por la generosa acogida dispensada a las Delegaciones y a la Secretaría, así como por sus numerosas muestras de amabilidad.

Igualmente agradece a la prensa, la radio y la televisión, la amplia difusión que dieron a las actividades de la Conferencia.

El PRESIDENTE: ¿No hay objeciones? Queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>2</sup>

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): El segundo voto de gracias dice así:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Expresa su agradecimiento al personal de Secretaría por la eficiencia de la labor cumplida.

El PRESIDENTE: ¿No hay objeciones? Queda aprobado.

*Aprobado.*<sup>3</sup>

El PRESIDENTE: Se levanta la sesión.

*Se levanta la sesión a las 12 h. 5 m.*

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 48, 34.

<sup>3</sup> *Ibid.*, pág. 35.

## SESION DE-CLAUSURA

*Lunes, 3 de septiembre de 1962, a las 11 h. 15 m.*

*Presidente: Dr. MAX TERÁN VALLS (Costa Rica)*

## Commemoración del 60° Aniversario de la Organización Panamericana de la Salud

El PRESIDENTE: Señores Delegados, queda abierta la sesión de clausura de la Conferencia. Antes de proceder a la lectura del Informe Final y de someterlo a su aprobación, va a hacer uso de la palabra el Director de la Oficina, Dr. Horwitz.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP): Me permito recordar que el 2 de diciembre de este año, la Organización Panamericana de la Salud cumplirá 60 años de existencia ininterrumpida. Quisiera sugerir que, hasta donde sea posible, en ese día los medios de información de los países den a conocer a la opinión pública lo que esta Organización ha sido, es y podrá ser en el futuro. Creemos que el

hecho en sí es suficientemente significativo. A este respecto, consideramos que los documentos que ustedes han tenido a bien examinar en esta XVI Conferencia contienen material valioso para esa finalidad.

Nos parece que una conferencia de prensa a cargo de los señores Ministros de Salud Pública o de sus representantes, podría ser una forma excelente de dar a conocer a la opinión pública esta circunstancia. Por otra parte, veríamos con mucho agrado que en editoriales de los principales diarios del Continente se pusiera de relieve este acontecimiento.

Para ello nos proponemos enviar a los Gobiernos una circular, a fin de que resuelvan lo que estimen oportuno. Sometemos este asunto a la consideración de la Conferencia dado su significado y porque es evidente, también, que hay que organizar con cierta antelación el empleo de los medios de información pública en los países del Continente.

El PRESIDENTE: Tenga la seguridad el Dr. Horwitz de que, por la estimación que todos profesamos a la Organización Panamericana de la Salud, sus buenos deseos serán cumplidos por todos nuestros países.

#### Lectura, aprobación y firma del Informe Final

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Sutter, Subdirector de la Oficina.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP): Los señores Delegados tienen ante sí el Documento CSP16/68 que contiene el Informe Final de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Este documento ha sido preparado de acuerdo con los Artículos 56, 57 y 58 del Reglamento Interno de la Conferencia.

*El Dr. Sutter da lectura seguidamente a los artículos indicados del Reglamento. A continuación da cuenta del preámbulo, las treinta y ocho resoluciones y los votos de gracias que figuran en el Informe Final de la Conferencia.*

El PRESIDENTE: ¿No hay objeción alguna al Informe Final? Entonces, queda aprobado.

*Aprobado.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 48, 7-35.

*Seguidamente, el Vicepresidente en funciones de Presidente de la Conferencia, Dr. Max Terrán Valls (Costa Rica), y el Secretario ex officio, Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, firman el Informe Final.*

#### Convocatoria de la 47ª Reunión del Comité Ejecutivo

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Olguín, Presidente del Comité Ejecutivo.

El Dr. OLGUÍN (Argentina): En mi carácter de Presidente del Comité Ejecutivo, tengo el gusto de invitar a los señores Representantes de Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América, Nicaragua, Perú y Uruguay, a la reunión del Comité Ejecutivo que ha sido oportunamente convocada por el Director de la Oficina y que tendrá lugar esta tarde a las 15 horas. Asimismo, me complace invitar a esta reunión a los Delegados de los demás países que deseen asistir en calidad de observadores, y a los observadores asistentes a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

#### Clausura de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana

El PRESIDENTE: Señores Delegados, la Conferencia toca a su fin y es lógico, como Presidente en ejercicio, que escoja este momento para señalar algunas de las fases importantes de la misma.

Si bien todos anhelamos regresar a nuestros países a fin de reincorporarnos a nuestras funciones, y en busca del abrazo familiar, es muy cierto que hemos superado la nostalgia de los seres queridos con la amistad espontánea y cordial que todos nos hemos prodigado. Y esta amistad, señores Delegados, bien cimentada por la identificación en la responsabilidad y en el propósito que guía nuestras vidas, constituye, a mi ver, la pesadumbre que ocasiona la despedida.

Nos retiramos de Minneapolis con la satisfacción del deber cumplido. La calidad de los informes oficiales presentados por cada país nos indica la importancia del trabajo que, en todos los confines del Continente, desplegamos todos los que dedicamos nuestros afanes a proteger la salud de nuestros

conciudadanos. Pero una característica han tenido nuestros informes: la sinceridad de exposición. Esta ha sido la consigna que, sin publicidad, calladamente, ha reinado en la XVI Conferencia.

Vinimos a esta reunión sin recelos, sin vanagloria y decididos a exponer nuestras preocupaciones y deficiencias, seguros de que el hermano americano nos comprendería a la vez que nos alentaría en nuestra tarea. El resultado ha sido un trabajo sinceramente positivo.

La similitud en los conceptos sentidos por todos nos ha llevado a la discusión serena. Puedo afirmar que la violencia dialéctica no ha hecho su aparición en esta Conferencia. De ahí que las resoluciones incluidas en el Informe Final, que acabamos de aprobar, tengan el sello de la serenidad y han de representar la pauta en que nos inspiremos para beneficiar a nuestros pueblos.

Pero hay más, señores Delegados, la uniformidad de padecimientos que une a los países americanos ha abierto las puertas a nuestra integración continental gracias a un lenguaje común, el de la salud, y a un espíritu exento de rivalidad.

Sentimos como penalidades propias las enfermedades en nuestros pueblos hermanos y no cabe duda de que estaremos prestos a auxiliarnos de todo corazón y con los brazos abiertos. Con estas palabras hago patente la valía de esta Conferencia en su significado social y humano.

En esta Conferencia, y para su dignificación, no podríamos regatear la importancia que ha tenido la organización de la misma en manos del Director

y de todos sus colaboradores de la Oficina Sanitaria Panamericana. El detalle, cuidado al límite del desvelo, ha hecho fácil nuestro trabajo y las atinadas actuaciones del Dr. Horwitz han iluminado muchas veces el camino de las doctrinas de la salud expuestas en este programa.

Mención especial merece también el Profesor Grant. Le hemos visto asistir a muchos debates con la atención propia del estudiante aventajado. Este gran médico filósofo de las ciencias de la salud, ha sabido ser profeta en su trabajo y nos revela, con visión lejana, el futuro de la salud de nuestra América.

Señores Delegados, la emoción de la partida hace que el tono de la sinceridad se eleve. Recojo, pues, la expresión de todos, sin excepción alguna, diciendo que, al abandonar nuestro accidental hogar de Minneapolis, la aflicción embarga nuestros sentimientos. Pero dejamos en prenda, en esta bella ciudad, nuestro agradecimiento y perdurable amistad a tan distinguidos y amables anfitriones.

Por último, señores Delegados, permítome expresar los sinceros votos por la prosperidad de nuestros pueblos y porque el abrazo fraterno de nuestra despedida esté inspirado en la salud a favor del engrandecimiento de esta gran América y de todos los hijos que cobija.

Señores Delegados, queda clausurada la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

*Aplausos.*

*Se levanta la sesión a las 11 h. 35 m.*

**3. ACTAS RESUMIDAS DE LA COMISION GENERAL  
Y DE LAS COMISIONES PRINCIPALES**



## COMISION GENERAL

### PRIMERA SESION

*Miércoles, 22 de agosto de 1962, a las 12 horas*

*Presidente: Dr. JOSÉ ALVAREZ AMÉZQUITA (México)*

El PRESIDENTE abre la sesión.

#### *Horario de las sesiones plenarias y de la Comisión General*

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que el Comité del Estado de Minnesota establecido para la Conferencia ha preparado un programa de visitas a instituciones y de almuerzos y otros festejos, por lo que convendría un horario para las sesiones plenarias que permitiera a los señores Delegados asistir a los mismos.

A propuesta del PRESIDENTE, la Comisión *acuerda* que las sesiones plenarias de la mañana se efectúen de las 8 h. 45 m. a las 11 h. 45 m., y las de la tarde de las 14 h. 30 m. a las 17 h. 30 m. Igualmente, *se acuerda* que, en lo sucesivo, las sesiones de la Comisión General tengan lugar a las 17 h. 30 m.

#### *Orden del día de la segunda sesión plenaria*

La Comisión *acuerda* el siguiente orden del día para la segunda sesión plenaria: Tema 1.8 (Adopción del programa de sesiones); tema 1.9 (Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo) y temas 1.10 (Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1958-1961) y 1.10.1 (Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1961).

#### *Solicitud presentada por Jamaica para su admisión como Miembro de la OPS*

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) da cuenta de

que, de acuerdo con lo solicitado en la comunicación de la Embajada de Jamaica en los Estados Unidos de América, de fecha 10 de agosto, transmitió al Presidente de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana el texto original de dicha comunicación para su consideración. Seguidamente, da lectura a la respuesta recibida, en la que el Presidente manifiesta que debe transmitirse a los Delegados la citada comunicación del Gobierno de Jamaica y se encomienda a la Secretaría que prepare una nota en relación a los aspectos jurídicos y reglamentarios que plantea la solicitud de ingreso del Gobierno de Jamaica en la Organización.

El Dr. WATT (Estados Unidos de América) propone que en la segunda sesión plenaria se trate, en primer lugar, la solicitud a que se hace referencia y que la discusión general sobre el procedimiento a seguir en casos similares se considere en el momento más oportuno.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) dice que la propuesta del Representante de los Estados Unidos de América concuerda con el criterio de la Secretaría, en el sentido de que se considere ahora la solicitud del Gobierno de Jamaica, sin perjuicio de los acuerdos que en lo sucesivo se adopten en cuanto al procedimiento de admisión de nuevos miembros.

El PRESIDENTE propone que la Secretaría distribuya por la tarde el documento preparado sobre este asunto, con el fin de que pueda ser estudiado



por las Delegaciones y se trate como primer punto del orden del día en la tercera sesión plenaria.

*Así se acuerda.*

#### *Orden del día de la tercera sesión plenaria*

La Comisión *acordó* el siguiente orden del día para la tercera sesión plenaria: Tema 1.15 (Solididad presentada por Jamaica para su admisión como Miembro de la Organización Panamericana de la Salud); continuación de los temas 1.10 (Informe Cuadrienal) y 1.10.1 (Informe Anual del Director), y el tema 1.13 (Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas).

#### *Temas para las sesiones conjuntas de la Comisión I y de la Comisión II*

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) sugiere que, de acuerdo con el proyecto de programa de sesiones,

se traten en sesiones conjuntas de la Comisión I y la Comisión II los temas 3.2 (Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963); 3.2.1 (Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1964); y 3.2.2 (Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964).

El Dr. WATT (Estados Unidos de América) propone que asimismo se discutan conjuntamente el tema 2.2 (Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas), y el tema 3.10 (Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria).

*Así se acuerda.*

#### *Segunda sesión de la Comisión General*

La Comisión General *acuerda* celebrar su segunda sesión el jueves, 23 de agosto, a las 17 h. 30 m.

*Se levanta la sesión a las 12 h. 40 m.*

## SEGUNDA SESION

*Jueves, 23 de agosto de 1962, a las 17 h. 30 m.*

*Presidente:* Dr. JOSÉ ALVAREZ AMÉZQUITA (México)

#### *Orden del día*

El PRESIDENTE abre la sesión y sugiere que en la quinta sesión plenaria, que tendrá lugar el viernes 24 por la mañana, se continúe la presentación de los Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas (tema 1.13). Igualmente propone que, por la tarde, en la sexta sesión plenaria, en primer lugar se trate el tema 1.11 (Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud), pa-

sándose a continuación al tema 1.12 (Elección de dos Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Colombia y El Salvador). En caso de que se dispusiera de tiempo suficiente, se procedería a la instalación de las Comisiones I y II.

*Así se acuerda.*

#### *Procedimiento para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al párrafo E del Artículo 4, párrafo A del Artículo 21,

y al párrafo A del Artículo 6 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y a los Artículos 42, 53 y 54 del Reglamento Interno de la Conferencia, referentes a la elección del Director de la Oficina.

El Dr. TERÁN VALLS (Costa Rica) propone que, con el fin de que la elección del Director de la OSP se ajuste estrictamente al derecho, se establezcan concretamente los procedimientos correspondientes.

A propuesta del PRESIDENTE se acuerda que, para fines de comprobación de quórum, se siga el orden alfabético inglés, y sugerir como escrutadores al Dr. García Sánchez (México) y al Dr. Terán Valls (Costa Rica).

Seguidamente se produce un debate en el que participan el Sr. MÜLLER (Chile), el Dr. PADILLA (Argentina), el Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) y el Dr. TERÁN VALLS (Costa Rica), en el cual se establece la clase de boletas que se utilizarán en la votación, forma de votación, escrutinio y lectura de los resultados de la elección.

Finalmente, la Comisión acuerda que se someta al pleno de la Conferencia el procedimiento establecido en la sesión para la elección del Director

de la OSP, de acuerdo con las normas constitucionales y reglamentarias vigentes.

*Voto de gracias al Dr. Charles Mayo*

El PRESIDENTE propone que se agradezca al Dr. Charles Mayo la deferencia que ha tenido al invitar a los señores Delegados a que visiten la Clínica Mayo el próximo viernes 31 de agosto, comunicándole que la Conferencia acepta complacida la invitación.

*Proyectos de resolución sobre los temas 1.10 y 1.10.1*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura de dos proyectos de resolución relativos, respectivamente, a los temas 1.10 (Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1958-1961), y 1.10.1 (Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1961).

La Comisión acuerda someter los citados proyectos de resolución al pleno de la Conferencia.

*Se levanta la sesión a las 18 h. 10 m.*

---

### TERCERA SESION

*Viernes, 24 de agosto de 1962, a las 17 h. 30 m.*

*Presidente: Dr. JOSÉ ALVAREZ AMÉZQUITA (México)*

El PRESIDENTE abre la sesión.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) informa de que a esta sesión de la Comisión asiste el Dr. BRAVO (Chile), en representación de su país.

#### *Orden del día*

El PRESIDENTE manifiesta que en la presentación de los Informes de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en ma-

teria de salud, en el período transcurrido entre la XV y la XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas (tema 1.13), han de intervenir todavía los Delegados de varios países, así como el Observador del UNICEF y quizás los de algunos otros organismos internacionales. En consecuencia, propone que se continúe este tema el lunes 27 en sesión plenaria, procediéndose posteriormente a la instalación de la Comisión I y de la Comisión II.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) sugiere que el tema sobre los edificios e instalaciones de la Sede

se examine en sesión conjunta de las dos Comisiones, dada la importancia del asunto, y que la consideración del mismo tenga lugar no más tarde del martes próximo, a fin de que pueda estar presente el Presidente de la Fundación W. K. Kellogg, que se encuentra actualmente en Minneapolis.

El Dr. WATT (Estados Unidos de América) propone que la Comisión I inicie sus actividades con el tema 2.7 (Informe sobre el estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas), pasando seguidamente al tema 2.6 (Informe sobre el programa de nutrición en las Américas). Sugiere que, terminados estos dos temas, se siga, en cuanto a los demás, el orden establecido en el programa.

*La Comisión acuerda:*

1) Que una vez instaladas, las Comisiones I y II inicien el despacho de temas en la siguiente forma:

- Comisión I:*
- a) Tema 2.7 (Informe sobre el estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas).
  - b) Tema 2.6 (Informe sobre el programa de nutrición en las Américas).
  - c) Consideración de los demás temas asignados a la Comisión, por el orden en que aparecen en el Documento CSP16/1, Rev. 2.

*Comisión II:* Examen de los temas por el orden en que aparecen en el Documento CSP16/1, Rev. 2.

2) Que en la mañana del martes, 28 de agosto, se reúnan las Comisiones I y II, en sesión conjunta, con el siguiente orden del día:

- a) Tema 3.6 (Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede).
- b) Consideración de los temas asignados a las sesiones conjuntas en el Documento CSP16/1, Rev. 2.
- c) Tema 2.2 (Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas).

3) Que en las sesiones conjuntas presida el Presidente de la Comisión que tenga asignado el tema de que se trate.

*Proyectos de resolución sobre los temas 1.11 y 1.12*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura de un proyecto de resolución, en el que se declara elegido Director de la Oficina Sanitaria Panamericana al Dr. Abraham Horwitz, por un período de cuatro años que empezará a contar el 1 de febrero de 1963. En el mismo proyecto se decide comunicar al Consejo Ejecutivo de la OMS dicha designación, a los efectos del nombramiento del Dr. Horwitz como Director Regional para las Américas.

Seguidamente el Dr. Sutter da lectura de otro proyecto de resolución, declarando que los Gobiernos de Costa Rica y Estados Unidos de América han sido elegidos para formar parte del Comité Ejecutivo por un período de tres años y expresando el agradecimiento de la Conferencia a los Gobiernos de Colombia y El Salvador por los servicios prestados a la Organización por sus Representantes en el seno del Comité.

La Comisión *acuerda* someter a la consideración del pleno de la Conferencia los citados proyectos de resolución.

*Otros asuntos*

El Dr. PADILLA (Argentina) declara que se ve precisado a regresar a su país, por haber recibido instrucciones de su Gobierno en ese sentido. Al mismo tiempo informa de que ya ha llegado a Minneapolis un tercer miembro de la Delegación de la Argentina.

Finalmente, la Comisión discute diversas cuestiones de carácter reglamentario en relación con los casos de ausencia de los miembros de la Mesa de la Conferencia.

*Se levanta la sesión a las 18 h. 30 m.*

## CUARTA SESION

Lunes, 27 de agosto de 1962, a las 17 h. 30 m.

Presidente: Dr. MAX TERÁN VALLS (Costa Rica)

El PRESIDENTE abre la sesión.

*Plan de trabajo*

El Dr. BRAVO (Chile) propone que, además de los temas ya asignados a las sesiones conjuntas de las Comisiones I y II, se examine en ellas el tema 2.11 (Planes nacionales de salud), por la gran importancia que encierra.

El Dr. WATT (Estados Unidos de América) apoya la propuesta del Representante de Chile.

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) se muestra también de acuerdo con esta proposición y señala que tal decisión no representaría ningún retraso en el despacho de los asuntos pendientes, ya que, por haber completado la Comisión II todas sus actividades, los Delegados podrán hallarse presentes en todas las demás sesiones de la Conferencia.

El PRESIDENTE estima que sería pertinente poner en conocimiento de las Delegaciones, a la brevedad posible, tanto el plan de trabajo de la presente semana como la fecha de clausura de la Conferencia, lo cual les permitiría efectuar con oportunidad sus arreglos de regreso a sus respectivos países.

Finalmente la Comisión acuerda el siguiente plan de trabajo:

Martes, día 28 y miércoles, día 29: Sesión conjunta de la Comisión I y la Comisión II, para tratar los temas 3.6 (Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede); 3.2 (Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963); 3.2.1 (Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1964); 3.2.2 (Anteproyecto de Programa y Pre-

supuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964); 2.2 (Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas); 3.10 (Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria); 2.11 (Planes nacionales de salud).

Sesión de la Comisión I, con asistencia de los miembros de la Comisión II, para tratar los temas 2.3 (Informe sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas); 2.4 (Informe sobre el estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas); 2.5 (Informe sobre el estado del control de la tuberculosis en las Américas); 2.9 (Informe sobre las actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este y proyecciones futuras); 2.12 (Resoluciones de la Organización Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional); 2.13 (Programa de investigaciones); 2.15 (Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas).

Jueves, día 30: Discusiones Técnicas.

Viernes, día 31: Visita a la Clínica Mayo.

Sábado, 1 de septiembre: Sesión plenaria de la Conferencia para el estudio del tema 1.14 (Lugar y fecha de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana), y presentación de los informes de los Relatores de la Comisión I y de la Comisión II y el de las Discusiones Técnicas.

Lunes, 3 de septiembre: Sesión de clausura de la Conferencia, para la aprobación y firma del Informe Final de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, y la 47ª Reunión del Comité Ejecutivo.

*Se levanta la sesión a las 18 h. 15 m.*

## QUINTA SESION

*Miércoles, 29 de agosto de 1962, a las 17 h. 30 m.*

*Presidente: Dr. MAX TERÁN VALLS (Costa Rica)*

El PRESIDENTE abre la sesión.

*Primer Informe de la Comisión I*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura del informe del Relator de la Comisión I que comprende los proyectos de resolución adoptados en la primera y segunda sesiones de dicha Comisión, sobre el estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas (tema 2.7); el memorándum del Acuerdo concertado entre la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, respecto a las actividades de asistencia técnica (tema 2.7.1); el saneamiento del medio; programa de investigación sobre las estadísticas de mortalidad (tema 2.8); la evaluación clínica y farmacéutica de agentes exógenos; y el informe sobre el programa de nutrición en las Américas (tema 2.6).

La Comisión *acuerda* someter a la Conferencia el primer informe de la Comisión I, sin ninguna modificación.

*Informe de la Comisión II*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura del informe de la Comisión II, en el que constan los proyectos de resolución aprobados en la primera y segunda sesiones de la Comisión, con respecto al Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961 (tema 3.3); informe sobre la recaudación de las cuotas (tema 3.4); Fondo Rotatorio de Emergencia (tema 3.5); enmiendas al Estatuto y Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (tema 3.7); y sueldo del Director de la Oficina (tema 3.9).

Seguidamente la Comisión General *acuerda* que se someta a la Conferencia el informe de la Comisión II antes mencionado, sin modificación alguna.

*Primer informe de las sesiones conjuntas de la Comisión I y de la Comisión II*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) lee a continuación el primer informe de las sesiones conjuntas de las Comisiones I y II, en el que figuran las resoluciones relativas al informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede (tema 3.6); Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963 (tema 3.2); Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1964 (tema 3.2.1), y anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964 (tema 3.2.2).

La Comisión General *acuerda* que sea sometido a la Conferencia el primer informe de las sesiones conjuntas de las Comisiones I y II.

*Proyecto de resolución sobre el tema 1.13*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura de un proyecto de resolución sobre el tema 1.13 (Resumen de los informes cuatrienales sobre las condiciones de salud en las Américas).

Como resultado de diversas propuestas de modificación formuladas por el Dr. GABALDON (Venezuela), el Dr. WATT (Estados Unidos de América) y el Dr. BRAVO (Chile), la Comisión General *acuerda* que el propio Dr. Bravo y el Dr. Cutler (Director Adjunto, OSP) preparen una revisión del citado proyecto para presentarla en la próxima sesión de la Comisión.

*Orden del día*

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) dice que el jueves 30 está dedicado a las Discusiones Técnicas y recuerda que, de conformidad con el Artículo 5 del Reglamento respectivo, las opiniones expuestas en las mismas tienen carácter personal, cosa que con-

vendría mencionar al principio de la sesión correspondiente.

*Así se acuerda.*

El Dr. WATT (Estados Unidos de América) propone que, con el fin de que puedan despacharse los temas pendientes de estudio, la Comisión I celebre una sesión el jueves, día 30, a las 8 de la noche.

*Así se acuerda.*

#### Otros asuntos

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que

el jueves, día 30, el Dr. Gaylord Anderson, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota, ofrecerá un almuerzo a las Delegaciones y convendría que la Comisión designase a alguno de los señores Delegados que se encargara, en caso necesario, de agradecer dicho almuerzo.

El Dr. WATT (Estados Unidos de América) propone que el propio Presidente, Dr. Terán Valls, sea quien haga uso de la palabra en dicha oportunidad.

*Así se acuerda.*

*Se levanta la sesión a las 18 h. 30 m.*

---

## SEXTA SESION

*Jueves, 30 de agosto de 1962, a las 17 h. 45 m.*

*Presidente: DR. MAX TERÁN VALLS (Costa Rica)*

El PRESIDENTE abre la sesión.

#### *Segundo informe de la Comisión I*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al segundo informe de la Comisión I, que comprende el proyecto de resolución sobre el tema 2.13 (Programa de investigaciones).

La Comisión *acuerda* someter el segundo informe de la Comisión I a la consideración de la Conferencia.

#### *Proyecto de resolución sobre el tema 1.3*

A continuación, el Dr. Sutter lee un proyecto de resolución sobre el tema 1.3 (Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana), y la Comisión *acuerda* incluirlo en el Informe Final.

#### *Regreso al Brasil del Presidente de la Comisión II*

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) manifiesta que ha recibido instrucciones de su Gobierno de regresar a la brevedad posible y que ya ha hecho sus

arreglos de viaje. Por ello propone que ocupe su lugar en la Comisión General el Vicepresidente de la Comisión II, Dr. Dionisio González Torres (Paraguay).

*Así se acuerda.*

#### *Orden del día para la cuarta sesión de la Comisión I*

El PRESIDENTE indica que en la cuarta sesión de la Comisión I habrán de examinarse los temas 2.3 (Informe sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas); 2.4 (Informe sobre el estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas); 2.5 (Informe sobre el estado del control de la tuberculosis en las Américas), y 2.9 (Informe sobre las actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este y proyecciones futuras).

El Dr. WATT (Estados Unidos de América) señala que, al parecer, varios delegados desean regresar a sus respectivos países el próximo sábado 1 de septiembre, y, en consecuencia, convendría activar el estudio de los asuntos pendientes.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) expresa que por mucho que se esforzara el personal de la Secretaría no parece posible que pudieran terminarse las actividades el próximo sábado, debido a que ha de prepararse el Informe Final, para la elaboración del cual se requiere que la Secretaría cuente al menos con 24 horas.

La Comisión *acuerda* esperar a que se conozcan los resultados de la cuarta sesión de la Comisión I, para fijar en definitiva la fecha de clausura de la Conferencia, decidiendo reunirse el sábado, a las 9 h. 30 m. de la mañana.

#### *Orden del día para el 1 de septiembre*

El PRESIDENTE propone que el sábado, 1 de septiembre, después de la sesión de la Comisión General, se celebre la octava sesión plenaria, con el fin de tratar lo relativo a las designaciones para la Comisión General y examinar los informes de las Comisiones y de las Discusiones Técnicas, así como estudiar el tema 1.14 (Lugar y fecha de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana).

*Así se acuerda.*

*Se levanta la sesión a las 18 h. 10 m.*

---

### SEPTIMA SESION

*Sábado, 1 de septiembre de 1962, a las 9 h. 35 m.*

*Presidente: Dr. MAX TERÁN VALLS (Costa Rica)*

El PRESIDENTE abre la sesión.

#### *Tercer informe de la Comisión I*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura del tercer informe de la Comisión I, en el que figuran los proyectos de resolución sobre los temas 2.3 (Estado de la erradicación de la viruela en las Américas); 2.4 (Informe sobre el estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas); 2.5 (Informe sobre el estado del control de la tuberculosis en las Américas); 2.9 (Actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este y proyecciones futuras); 2.12 (Resoluciones de la Organización Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional); y 2.15 (Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas).

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) declara que el texto del proyecto de resolución sobre el tema 2.4 no especifica suficientemente que se refiere a los países que no han iniciado sus programas.

El Dr. WATT (Estados Unidos de América) considera que, aunque hace 15 años que la Organización Panamericana de la Salud inició sus programas de erradicación del *A. aegypti*, la época en que se iniciaron en las Américas las actividades a este respecto es anterior. Por consiguiente, sería más práctico mencionar concretamente la resolución que a este respecto adoptó la I Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.

El Dr. CASTILLO (Venezuela) propone que se prepare una nueva redacción del proyecto de resolución sobre la erradicación del *A. aegypti* y que se someta a la octava sesión de la Comisión General.

*Así se acuerda.*

El Dr. CASTILLO (Venezuela) sugiere que en el penúltimo párrafo de la parte expositiva del proyecto de resolución sobre el control de la tuberculosis, en la tercera línea, se cambie la palabra "pueden" por "deben".

Por su parte, el Dr. BRAVO (Chile) propone que a este proyecto de resolución se le agregue un punto más encomendando al Director que se hagan es-

fuerzos para ayudar a los países en la formación de personal especializado para los programas contra la tuberculosis.

*Así se acuerda.*

El Dr. CASTILLO (Venezuela) estima que el párrafo sexto del proyecto de resolución correspondiente al tema 2.9 no parece ser suficientemente claro y que, por consiguiente, convendría modificarlo haciéndose hincapié en la participación de la Oficina en las encuestas y operaciones de planificación y programación del desarrollo social y económico.

El Dr. BRAVO (Chile) propone que el segundo párrafo de la parte expositiva del proyecto de resolución sobre el tema 2.12, debería sustituirse por otro, ya que las resoluciones de la OMS que se mencionan no se refieren tan sólo a dos enfermedades, sino que comprenden otros diversos aspectos de la salud pública. En su lugar podría figurar un párrafo en el que se mencionara que la Organización lleva a cabo programas en los mismos campos que se tratan en las resoluciones de la OMS.

*Así se acuerda.*

*Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XIV Reunión del Consejo Directivo*

El Dr. CASTILLO (Venezuela) expresa que el grupo de trabajo designado por la Comisión I para estudiar propuestas de temas para las Discusiones Técnicas de la próxima reunión del Consejo Directivo, ha recibido las siguientes: el tema "La salud mental dentro de los programas de salud pública", que sugiere la Delegación de México; el relativo a "Las enfermedades del corazón y el cáncer dentro de un programa de salud pública", propuesto por las Delegaciones de Venezuela y Jamaica; el tema "Ideas para la formulación de un plan de control de las infecciones entéricas, incluyendo medidas de saneamiento ambiental, epidemiología, educación para la salud y de diagnóstico y tratamiento oportuno", presentado por la Delegación de Chile; y, por último, los temas "Enfermedad de Chagas: problemas actuales" y "Nutrición: sus problemas actuales en las Américas", que propone la Delegación de la Argentina. Añade que la Delegación del Ecuador se ha mostrado favorable al tema

propuesto por Venezuela y Jamaica. Por otro lado, recuerda que el tema de la salud mental fue ya objeto de Discusiones Técnicas en la 15ª Asamblea de la Salud y que, en cuanto al del control de las infecciones entéricas, se estudió en 1956.

El Dr. BRAVO (Chile) señala que el caso de las infecciones entéricas estudiado en 1956, se enfocó hacia las diarreas infantiles en particular y no tuvo el carácter general que ahora se propone. La intención de la Delegación de Chile ha sido proponer un tema en el que se discutan todos los aspectos de las actividades de salud, en las distintas especialidades de salud pública.

El Dr. CASTILLO (Venezuela) hace hincapié en que las enfermedades del corazón y el cáncer son para muchos países las más importantes causas de defunción en las edades de mayor producción económica. Ya que en la actualidad se habla con tanta frecuencia de la relación que existe entre la salud y el desarrollo económico y social, parece interesante discutir este tema.

El Dr. WATT (Estados Unidos de América) propone que la decisión sobre la selección del tema para las Discusiones Técnicas se aplaze hasta la próxima reunión del Comité Ejecutivo.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que aun cuando el Artículo 7 del Reglamento de las Discusiones Técnicas faculta a la Conferencia a que siga el procedimiento sugerido por el Dr. Watt, sería preferible que la propia Conferencia decidiera la cuestión. A la Secretaría le interesa conocer con toda la anticipación posible el tema seleccionado, debido a las numerosas medidas que será necesario adoptar.

El PRESIDENTE propone que se discuta este asunto en la próxima sesión plenaria de la Conferencia.

*Así se acuerda.*

*Proyecto de resolución sobre el tema 1.13*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura de un proyecto de resolución sobre el tema 1.13, Resumen de los informes cuatrienales sobre las condiciones de salud en las Américas.

La Comisión *acuerda* someterlo a la consideración de la próxima sesión plenaria.



*Preámbulo del Informe Final*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura del borrador del preámbulo del Informe Final.

El Dr. CASTILLO (Venezuela) propone que en el Informe Final se incluya una mención especial al Comité del Estado de Minnesota establecido para la Conferencia, especialmente a las distinguidas damas que integran su Sección de Hospitalidad, por la forma notable en que han extremado sus amabilidades.

El Dr. BRAVO (Chile) sugiere que, además, en el Informe Final figure un voto de gracias al personal de la Secretaría que de una manera tan eficaz ha venido colaborando para la buena marcha de la Conferencia.

Finalmente, la Comisión General aprueba el preámbulo del Informe Final y la inclusión de los votos de gracias propuestos.

*Orden del día*

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) sugiere la conveniencia de que la Comisión General se reúna nuevamente el domingo, día 2, a las 9 de la mañana, y que a las 10 se efectúe la novena sesión plenaria, con el fin de que considere el proyecto de resolución sobre el tema 1.13 (Resumen de los informes cuatrienales sobre las condiciones de salud en las Américas); el tercer informe de la Comisión I, y el informe de las Discusiones Técnicas. Igualmente podría examinar el informe del grupo de trabajo sobre el tema 2.15 (Selección de temas para las Discusiones Técnicas durante la XIV Reunión del Consejo Directivo), y el tema 1.14 (Lugar y fecha de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana).

*Así se acuerda.*

*Se levanta la sesión a las 10 h. 30 m.*

---

**OCTAVA SESION**

*Domingo, 2 de septiembre de 1962, a las 9 h. 15 m.*

*Presidente: Dr. MAX TERÁN VALLS (Costa Rica)*

*Tercer informe de la Comisión I*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura del tercer informe de la Comisión I, que contiene los proyectos de resolución adoptados sobre los temas 2.3 (Estado de la erradicación de la viruela en las Américas); 2.4 (Informe sobre el estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas); 2.5 (Informe sobre el estado del control de la tuberculosis en las Américas); 2.9 (Actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este y proyecciones futuras); 2.12 (Resoluciones de la Organización Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional); y 2.15 (Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas).

A propuesta del Dr. CASTILLO (Venezuela) se acuerda suprimir, en el primer párrafo de la parte dispositiva del proyecto de resolución correspondiente al tema 2.3, las palabras "encomiar y", por considerarlas innecesarias.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) indica que la preparación de las Discusiones Técnicas requiere tiempo y una cuidadosa atención y que, por lo tanto, sería conveniente que la Oficina dispusiera del mayor plazo posible, ya que es necesario designar uno o más consultores que tendrían que efectuar diversos viajes para la preparación de sus trabajos respectivos. Por ello estima que sería conveniente que la propia Conferencia decidiera ahora este asunto.

El Dr. BRAVO (Chile) estima que debe ser la propia Conferencia la que decida, en lugar de dejar

esta cuestión para la próxima reunión del Comité Ejecutivo.

La Comisión *acuerda* proponer al pleno que la Conferencia seleccione los temas para las Discusiones Técnicas de la XIV Reunión del Consejo Directivo, y someter asimismo a su consideración el tercer informe de la Comisión I.

#### *Votos de gracias*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura de los votos de gracias que la Comisión General acordó preparar en su sesión anterior para que sean incluidos en el Informe Final de la Conferencia, en los cuales se expresa el agradecimiento de la Conferencia al Honorable Elmer L. Andersen, Gobernador del Estado de Minnesota; al Honorable Arthur Naftalin, Alcalde de la ciudad de Minneapolis; al Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América; a la Junta de Gobierno y al personal de la Clínica Mayo y la Fundación Mayo; al Comité del Estado de Minnesota establecido para la Conferencia, y a las distinguidas damas que integran su Sección de Hospitalidad, por la generosa acogida dispensada a las delegaciones y a la Secretaría, así como por sus numerosas muestras de amabilidad. Asimismo, se agradece a la prensa, la radio y la televisión, la amplia difusión que han venido dando a las actividades de la Conferencia.

El Dr. GONZÁLEZ TORRES (Paraguay) propone que, por separado, se exprese un voto de agradecimiento al personal de la Secretaría por la eficiencia de la labor cumplida.

La Comisión General *acuerda* someter al pleno de la Conferencia los dos votos de gracias antes mencionados.

#### *Lugar de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) lee las comunicaciones recibidas de los Gobiernos de Uruguay y Cuba con relación a la sede de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Dr. CASTILLO (Venezuela) estima que la decisión debe encomendarse al Consejo Directivo, en su reunión de 1964, ya que para entonces, vistos los progresos de la construcción del nuevo edificio de la Sede, se dispondrá de los elementos de información necesarios para adoptar el acuerdo más conveniente. En esa ocasión podrían examinarse tanto los ofrecimientos de los Gobiernos de Uruguay y Cuba como las demás invitaciones que se recibieran. Por el momento, convendría simplemente agradecer a los dos Gobiernos mencionados su amable ofrecimiento.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) dice que se espera que el nuevo edificio esté terminado antes de 1966. Pero considera que lo más conveniente sería que, como ha propuesto el Dr. Castillo, sea el Consejo Directivo, el que, en su reunión de 1964, decida sobre este particular.

La Comisión General *acuerda* proponerlo así al pleno de la Conferencia.

#### *Orden del día para la sesión de clausura*

Finalmente, la Comisión *acuerda* que el lunes, 3 de septiembre, a las 11 de la mañana se celebre la sesión de clausura, en la que se leerá y firmará el Informe Final de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

*Se levanta la sesión a las 9 h. 50 m.*

## COMISION I (Asuntos Técnicos)

## PRIMERA SESION

Lunes, 27 de agosto de 1962, a las 10 h. 45 m.

Presidente: Dr. JAMES WATT (Estados Unidos de América)

## Elección del Vicepresidente

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, abre la sesión y anuncia que el Director de la Oficina ha designado al Dr. Sutter (Subdirector, OSP) para que actúe de Secretario. Pide a los Representantes que propongan candidaturas para el cargo de Vicepresidente de la Comisión.

El Dr. PRADA DÍAZ (Costa Rica) propone para Vicepresidente al Dr. Pérez Mera, Representante de la República Dominicana.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador) apoya la proposición del Representante de Costa Rica.

*Decisión:* Se aprueba por unanimidad el nombramiento del Representante de la República Dominicana, Dr. Amiro Pérez Mera, para el cargo de Vicepresidente de la Comisión I.

## Elección del Relator

El PRESIDENTE pide que se propongan candidaturas para el cargo de Relator.

El Dr. PEAT (Jamaica) propone para dicho cargo al Dr. Calvo, Representante de Panamá.

*Decisión:* Se aprueba por unanimidad el nombramiento del Representante de Panamá, Dr. Alberto E. Calvo, para el cargo de Relator de la Comisión I.

**Tema 2.7: Informe sobre el estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas**

El Ing. SHIPMAN (Jefe, Departamento de Saneamiento del Medio, OSP), al presentar el Documento CSP16/13<sup>1</sup> sobre este tema, señala que el programa de abastecimiento de agua se ha des-

arrollado durante los cuatro años siguientes a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana. Las Discusiones Técnicas sobre esta materia, celebradas en 1959, revelaron que, en casi todos los países latinoamericanos, la construcción de sistemas de abastecimiento de agua no se había mantenido durante la década de 1950 al mismo ritmo que el del aumento de población, debido principalmente a dificultades económicas. Por consiguiente, la Organización y los distintos Gobiernos deberían conceder la máxima importancia a un programa tan fundamental para la buena salud pública como es el del abastecimiento de agua. La ejecución de este programa, inicialmente en las colectividades urbanas, en lugar de suministrar agua a las casas de las zonas rurales, beneficiaría al mayor número de personas, permitiría aprovechar al máximo el personal y los fondos limitados de que se dispone y establecería normas aplicables a los programas rurales. Mediante una buena administración y política fiscal podrían hacerse economías en los fondos que los Gobiernos están empleando en obras urbanas y aplicar dichas economías a las zonas en que la financiación es insuficiente. Es evidente el éxito alcanzado por el programa hasta la fecha en casi todos los países de América Latina.

En el Apéndice del citado documento se indican las actividades mediante las cuales la OSP ha prestado colaboración a los Gobiernos, y que comprenden el planeamiento a largo plazo en materia de diseño de sistemas de abastecimiento de agua, adiestramiento de personal, administración y contabilidad de dichos sistemas, estudios de viabilidad, información pública e instrucción de la población en el sentido de que acepte el pago del agua utilizada o el aumento de las tarifas por dicho servicio, establecimiento de buenas prácticas administrativas en cuanto a la labor de laboratorio y de control de la calidad del agua, y fluoruración. Se hace mención asimismo de la labor conjunta de la OSP y el Banco Interamericano de Desarrollo en el análisis de solicitudes de préstamos, y de la ayuda prestada

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 8.

por la OSP a los Gobiernos en la preparación de dichas solicitudes para presentarlas a las instituciones financieras. La OSP ha colaborado también extensamente en el campo técnico del aprovechamiento de aguas subterráneas y en el adiestramiento de personal para la perforación de pozos.

El Ing. Shipman dice que en reuniones anteriores del Consejo Directivo y en las Discusiones Técnicas se estudió la cuestión de la prioridad entre el abastecimiento de agua y la eliminación de aguas servidas. Desde el punto de vista de la salud pública, ambos sistemas deberían establecerse simultáneamente. Como esto resulta imposible, por falta de fondos, se va a conceder máxima prioridad al abastecimiento de agua. La eliminación de aguas servidas se incluirá en el planeamiento general de un sistema y, según la urgencia del caso, se llevará a cabo a medida que vayan consiguiéndose fondos.

En cuanto al Fondo Especial de la OPS para Abastecimiento Público de Agua, creado para estimular y prestar asistencia a los Gobiernos en esta materia, el orador se refiere a la parte del documento en la que se detallan las aportaciones recibidas y la labor realizada con esos fondos.

El criterio seguido en el desarrollo del programa de abastecimiento público de agua ha sido el aprobado hace tres años como consecuencia de las Discusiones Técnicas del Consejo Directivo. En esencia, consiste en empezar de arriba a abajo, es decir, de las grandes zonas urbanas a las rurales. Fue adoptado por dos razones: en primer lugar, porque las posibilidades de contar con una buena organización, administración y financiamiento son mayores en las grandes colectividades y, en segundo lugar, porque con el mismo personal, dinero y esfuerzo se puede dar servicio de agua a mayor número de personas en menos tiempo allí donde las poblaciones están concentradas. Sin embargo, ya ha llegado el momento de tratar de hallar una solución adecuada a los problemas de abastecimiento de agua y saneamiento en las zonas rurales, aun cuando no todos los problemas de saneamiento urbano han sido resueltos y queda mucho por hacer para superar las dificultades relativas a personal, administración y financiamiento.

Añade el orador que los Gobiernos tienen la obligación moral de asumir la responsabilidad del reembolso de los préstamos y se debe instruir al público acerca de la necesidad de contar con agua potable en cantidad suficiente y de que los benefi-

ciarios de este servicio son los que han de pagarlo. Los ministerios de salud han dedicado mucha atención a este problema y los organismos encargados del abastecimiento de agua deberían colaborar con dichos ministerios en esas actividades educativas. Una buena administración estimulará las inversiones locales que, al fin y al cabo, representan la solución definitiva del problema.

La explotación y mantenimiento eficaz de los sistemas de abastecimiento de agua de muchos países ha demostrado que, en las zonas urbanas, el programa va desarrollándose satisfactoriamente, si bien con demasiada lentitud.

En la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo, celebrada en abril de 1962, algunos miembros expresaron su preocupación por los programas rurales. Será preciso establecer nuevos métodos y procedimientos para resolver los problemas del abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas y excretas en los medios rurales.

La consecución de uno de los objetivos de la Carta de Punta del Este, a saber, suministrar agua potable cuando menos al 50 % de la población rural durante el decenio actual, constituye una empresa gigantesca, cuyo costo, incluso sobre una base anual, representa sumas mucho mayores de las que los Gobiernos han podido asignar en el pasado. Cada Gobierno deberá determinar el nivel que se propone alcanzar, en este aspecto, nivel que diferirá naturalmente según la zona del país y la localidad de que se trate y los medios de que se disponga para esa finalidad.

El Ing. Shipman dice que los pueblos rurales de muchos países de América Latina cuentan con recursos financieros y de otra clase que todavía no han sido utilizados. Las colectividades que no puedan o no quieran facilitar los fondos necesarios tendrán, por supuesto, programas limitados, pero en las que aporten fondos adicionales se podrán ampliar los programas. En todo caso, la población de cada colectividad rural habrá de determinar su propio objetivo para los próximos 10 años y trabajar para alcanzarlo.

El enfoque técnico y administrativo del problema en las zonas urbanas y en las rurales difiere considerablemente. Son los organismos de abastecimiento de agua, de obras públicas, etc., y no los ministerios de salud, los que tienen a su cargo los programas urbanos; pero cada país ha de organizar sus programas rurales bajo el organismo apro-

piado. Es indudable que, en los países grandes, los programas rurales deben depender, en buena lógica, del Ministerio de Salud en virtud de su organización. Por consiguiente, la legislación actual que pone los programas tanto rurales como urbanos bajo la autoridad del mismo organismo de abastecimiento de agua, es motivo de preocupación.

La evaluación de los planes y programas de los sistemas que se encuentran en construcción o en estudio indica que los programas de la Organización estaban bien fundamentados, porque, casi sin excepción, los Gobiernos han establecido planes decenales de abastecimiento de agua urbano que, de mantenerse su ejecución al ritmo previsto, alcanzarán la meta propuesta.

El Ing. Shipman concluye diciendo que, con el fin de conseguir los objetivos del plan decenal en materia de abastecimiento rural de agua en muchas zonas, la Organización va a proceder a un estudio de los problemas especiales que se plantean en este aspecto y dará cuenta de sus resultados a los Gobiernos. Además, seguirá facilitando sus servicios para hallar solución a los múltiples problemas que han surgido en el planeamiento, construcción y funcionamiento de los sistemas rurales y urbanos de abastecimiento de agua.

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Venezuela*

El Dr. GABALDON (Venezuela) hace observar que con motivo del informe del Director felicitó a la Oficina Sanitaria Panamericana por el incremento presupuestario alcanzado en este cuadrenio en el campo del saneamiento del medio. Manifiesta que por las investigaciones realizadas y las informaciones recibidas, no ha ocurrido en los demás países una transformación similar a la experimentada por la Oficina. Agrega que la tendencia actual de integrar los servicios de medicina preventiva y curativa ha requerido un aumento presupuestario considerable en muchos servicios sanitarios de esos países, y ese esfuerzo ha reducido las actividades en el campo del saneamiento del medio. Es evidente, sin embargo, que sin un adecuado saneamiento del medio, el número de enfermos que reclamarán servicios hospitalarios será cada vez mayor, y por ese motivo constituirá un buen ejemplo alentar dichas actividades, siendo deseable que los servicios

que la Oficina Sanitaria Panamericana dedica a esta rama alcancen el más alto nivel. Por ello, la Delegación de Venezuela ha presentado un proyecto de resolución donde se considera ese punto.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al texto de dicho proyecto, que dice así:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando la magnitud y gravedad de los problemas de falta de saneamiento en las Américas y el hecho de que enfermedades debidas a esa falta figuran todavía entre las primeras cinco causas de defunción en la mayoría de los países de la Región;

Reconociendo el creciente interés que los países han demostrado por la solución de dichos problemas, el cual se ha hecho evidente tanto en las declaraciones del Acta de Bogotá como, más concretamente, en las de la Carta de Punta del Este, en la que, entre otras, se establecen metas para el suministro de agua potable y desagüe a vastos sectores de la población urbana y rural;

Teniendo en cuenta el importante lugar que las actividades de saneamiento han alcanzado en los últimos años en los programas de la Organización, como puede verse en el aumento de los fondos destinados a ellas y en el número actual de proyectos en los países, interzonas y regionales; y

Considerando que frente a estos hechos y a las perspectivas de continuo aumento de las actividades, especialmente en relación con los planes de desarrollo previstos en la Alianza para el Progreso, es necesario reforzar, al nivel de la organización central de la Oficina Sanitaria Panamericana, los medios que faciliten en el mayor grado posible la expansión de los programas de saneamiento,

RESUELVE:

Pedir al Director que estudie la necesidad y conveniencia de crear en la Oficina, a la más alta jerarquía, un servicio dedicado exclusivamente a los problemas de saneamiento ambiental o salud ambiental.

El Dr. GONZÁLEZ RUIZ (Panamá) dice que en su informe ante esta Conferencia insistió en la gran proporción de la población rural de Panamá y en que la morbilidad y la mortalidad son indiscutiblemente más elevadas en la región rural que en la urbana. Por estas razones apoya la proposición del Representante de Venezuela y exhorta a la Oficina Sanitaria Panamericana a que estudie más a fondo este problema y a que siga cooperando con los países en sus problemas.

El Dr. JAVIER (Honduras) se adhiere también a la propuesta del Representante de Venezuela. Añade que el saneamiento del medio en su país reclama urgente solución, ya que los problemas ru-

rales no se han atacado con la atención debida. Informa que la población rural de Honduras alcanza aproximadamente a un 69 % y que la mayor parte de los programas de salud han atendido a la población urbana. Manifiesta asimismo que, si bien Honduras, pese a sus escasos recursos, se ha interesado por la población rural, la existencia de un organismo asesor en la Oficina Sanitaria Panamericana facilitaría la solución de los problemas planteados en su país en ese aspecto del saneamiento ambiental.

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México) se suma asimismo a la proposición de la Delegación de Venezuela. Agrega que en otras reuniones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud ha venido insistiendo en que muchos países están entrando en una nueva etapa de trabajo en materia de salud rural, en forma más permanente y simplificada, casi imposible hace algunos años, en la que se está observando la necesidad de una transformación fundamental en las técnicas y procedimientos habituales. Las necesidades de los programas y la forma de realizarlos van a cambiar, y entonces el saneamiento constituirá una de las columnas vertebrales en el área rural, por lo que sugiere que el servicio propuesto no sólo se ocupe del saneamiento ambiental, sino que además se dedique al desarrollo y organización de la colectividad.

El Dr. BRAVO (Chile) expresa su completo acuerdo con lo manifestado por el Ing. Shipman sobre el abastecimiento de agua para las zonas rurales. Agrega que, efectivamente, el problema rural es el problema olvidado, y sin embargo es el problema capital en la mayor parte de los países de América Latina. Algunos de éstos, como Chile, tienen la suerte de disponer, en sus zonas urbanas, de abastecimiento de agua para un porcentaje importante de la población. En las zonas rurales la situación es desoladora, ya que es insignificante el número de países que cuentan con agua potable suficiente para la población de dichas zonas. Añade que, para resolver el problema, es preciso concretar antes varios aspectos. El financiamiento, por ejemplo, es fundamental y háy que lograrlo mediante créditos o por la ayuda internacional, ya que con los presupuestos nacionales difícilmente se puede resolver todo el problema. Pero no es menos cierto que hay una gran potencialidad en las colectividades loca-

les para financiar sus propios servicios, siempre que, en primer lugar, las autoridades de salud pública, proporcionen a esas colectividades una organización y una educación adecuadas para hacerlas conscientes de sus necesidades, y para que sean ellas mismas las que planteen sus problemas; y, en segundo lugar, que se les faciliten los proyectos suficientemente económicos que estén a su alcance. Señala que el establecimiento de sistemas de suministro de agua con redes de distribución domiciliaria a los pequeños centros de población significaría un alto costo de mantenimiento, una inversión demasiado cara y esto, a su juicio, sería un enfoque irreal del problema. En cambio, sería posible financiar sistemas para pequeños grupos, con simples redes de distribución y fuentes públicas, ya que esto se halla dentro de la capacidad financiera de las colectividades locales. Otro problema es el de contar con los elementos necesarios para la instalación de las perforadoras y bombas destinadas a estos sistemas, toda vez que no siempre se dispone ni son fabricadas en muchos países, siendo necesario importarlas en buena parte, lo que plantea problema de divisas extranjeras y otras dificultades de carácter comercial, lo que hay que tener presente y tratar de solucionar en el momento oportuno.

El orador indica que existe también el problema del personal, no menos importante que los anteriores, ya que es fundamental contar con elementos adiestrados. Si bien no es indispensable que ese personal haya recibido una preparación completa para estos servicios, sí se necesitan algunos ingenieros sanitarios que puedan atender una gran extensión territorial.

Termina subrayando que el suministro de agua es sólo una parte del problema. La otra estriba en la adecuada eliminación de excretas, que constituye complemento indispensable de la solución del problema del abastecimiento de agua.

El Ing. ATKINS (Estados Unidos de América) manifiesta, en apoyo de la propuesta de Venezuela, que tanto la Organización como los Gobiernos merecen plácemes por los progresos alcanzados durante el último cuatrienio en materia de tan vital importancia como el abastecimiento de agua. El documento de la OSP indica que se ha iniciado en forma excelente la provisión tan necesaria de agua a las ciudades y municipios pequeños, pero que los

progresos en las zonas rurales han sido mucho más lentos. Se congratula de la política que sigue la OSP en el sentido de estimular y colaborar en el adiestramiento de ingenieros y otro personal en el diseño y administración de sistemas de abastecimiento de agua, así como por los servicios de asesoramiento que proporciona en ese campo.

En el proyecto de presupuesto, el programa del Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua acusa un aumento a \$ 618.000 en 1964, en comparación con \$ 522.000 en 1963 y \$ 363.000 en 1962. Los servicios de consulta, asesoramiento y adiestramiento ofrecidos por la OSP deben evaluarse en función de las sumas relativamente elevadas que se han proporcionado a los países como préstamos y subvenciones con arreglo al programa de la Alianza para el Progreso. Los fondos asignados a ese fin por el Banco Interamericano de Desarrollo ascendían a \$ 128.000.000 en abril de 1962. Hay una necesidad urgente de contar con los servicios de la OSP en este campo, necesidad a la que debe concederse alta prioridad en las asignaciones presupuestarias.

Las aportaciones voluntarias al Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua han procedido principalmente de los Estados Unidos de América. Debería estimularse a más países para que contribuyan al Fondo. Reconociendo la creciente importancia concedida al programa de abastecimiento público de agua en las Américas dentro del marco de la Alianza para el Progreso, la Delegación de los Estados Unidos de América aprueba el programa al nivel presentado en el presupuesto y ha sido autorizada, sujeta a la aprobación por parte del Congreso, para contribuir con una aportación de \$ 300.000 al presupuesto de dicho programa para 1963, que asciende a \$ 522.199. Respecto a 1964, los Estados Unidos de América prometen una aportación directa, también sujeta a la aprobación del Congreso, de \$ 300.000 al presupuesto de \$ 618.242, e igualarán, dólar por dólar, las aportaciones de los demás Gobiernos hasta un límite de \$ 150.000.

Señala el orador que, al parecer, los costos de la construcción de los sistemas fueron sufragados en gran parte con los presupuestos de los países y con préstamos concedidos por los bancos internacionales. El año pasado se asignaron para esa finalidad unos 100 millones de dólares en los presupuestos nacionales y otros 128 millones procedieron

del Banco Interamericano de Desarrollo. El informe presentado por la Oficina indica que también el Banco de Exportación e Importación había concedido préstamos. Señala además que se encuentran en estudio otras propuestas sometidas al Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, pero no menciona las cantidades proporcionadas ni la asistencia financiera y de otra índole que también está prestando la Agencia para el Desarrollo Internacional, del Gobierno de los Estados Unidos de América.

El establecimiento de sistemas adecuados de abastecimiento de agua potable ha sido reconocido como actividad a la que debe concederse una de las más altas prioridades en el campo de la salud pública, a fin de poder incrementar las inversiones destinadas a la construcción de dichos sistemas, así como para programas encaminados a facilitar la planificación, construcción y funcionamiento de los mismos, y para el adiestramiento de auxiliares técnicos.

La provisión de agua y la eliminación de excretas en las zonas rurales exige esfuerzos más intensos por parte de los servicios de salud pública, de las autoridades locales y otros elementos interesados. Como ocurre en la erradicación de la malaria, el organismo local de salud ha de colaborar en la provisión y supervisión de los sistemas de suministro de agua y saneamiento, así como en el debido funcionamiento y conservación de los mismos. También hay que proporcionar asistencia técnica y económica en apoyo de los programas de saneamiento rural en gran escala, especialmente en los sectores de bajos ingresos económicos. En los Estados Unidos de América se han llevado a cabo programas eficaces de construcción de letrinas, en los que el Gobierno sufragaba el costo de los materiales y los propietarios de las casas facilitaban la mano de obra.

El Ing. Atkins dice que a los organismos de salud les corresponde una función fundamental en materia de abastecimiento de agua en las zonas urbanas y rurales. Han de velar por la salud de la población y, en cumplimiento de esta función, les incumbe controlar la calidad del agua, examinar los planos y características de las instalaciones que han de construirse o ponerse en funcionamiento—sea cual fuere el organismo encargado de ellas—mantener los servicios de laboratorio para controlar la calidad del agua desde el punto de vista de la salud

pública, y fomentar el establecimiento de servicios en las zonas que los necesiten.

Lo ideal sería que los sistemas de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas se instalaran al mismo tiempo. Donde existen fuentes de agua corriente, el costo de abrir una zanja de desagüe para evitar charcas y criaderos de vectores de enfermedades es reducido. En las zonas urbanas puede utilizarse la mano de obra local y tal vez la producción local de tubería de cemento para alcantarillados. Aunque el abastecimiento de agua merece la máxima prioridad, la eliminación de

aguas servidas no irá muy a la zaga si se presiona constantemente a las autoridades acerca de la urgencia de establecer ese servicio.

En las zonas rurales hay mayor necesidad de abastecimiento de agua que de sistemas de eliminación de aguas servidas. Si los dos servicios pudieran establecerse en forma interdependiente, como ha ocurrido en algunos sectores donde se ha obligado a los residentes rurales a instalar letrinas antes de proceder a la perforación de pozos, tal vez se superarían las dificultades existentes.

*Se levanta la sesión a las 11 h. 50 m.*

## SEGUNDA SESION

*Lunes, 27 de agosto de 1962, a las 14 h. 45 m.*

*Presidente: Dr. JAMES WATT (Estados Unidos de América)*

### **Tema 2.7: Informe sobre el estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas (conclusión)**

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, abre la sesión y anuncia que va a proseguir el examen del tema 2.7, iniciado en la sesión anterior.

El Dr. OLGUÍN (Argentina) destaca la importancia y calidad del documento preparado por la Oficina y presentado por el Ing. Shipman. Este informe tiene verdadera significación social y sanitaria para las Américas. El problema de abastecimiento de agua no es algo aislado, sino que forma parte del amplio capítulo del saneamiento del medio y está estrechamente relacionado con los problemas de la eliminación de excretas y residuos y de la contaminación del medio. La formulación y cumplimiento de estos programas presenta puntos comunes en todas las Américas. Su país, en el problema de abastecimiento de agua en los centros urbanos, ha logrado soluciones parciales, satisfactorias en algunos casos, pero subsiste, como en muchos otros países de las Américas, una situación difícil y a veces comprometida en las poblaciones rurales. Señala asimismo que se ha dado la importancia cuali-

tativa que esta situación merece y se trata de solucionarla en forma progresiva. Importa para la solución de este problema el conocimiento detallado de las condiciones existentes en cada lugar, por lo que se están haciendo los estudios pertinentes de las situaciones locales, con el fin de tener información sobre la obtención de agua, potabilidad, población y problemas sanitarios locales, y así reunir los datos necesarios para un estudio más completo del problema.

El Dr. Olguín manifiesta que las zonas más necesitadas de su país son la central, la norte y la occidental, donde se están concentrando en estos momentos los mayores esfuerzos. Los organismos que intervienen en este problema son, en lo que respecta a asesoramiento y técnica, el Ministerio de Salud Pública, y en el aspecto de realización y ejecución, el organismo de obras sanitarias, en estrecha coordinación con las provincias, municipios y entidades privadas, y con la participación de la comunidad. En este último aspecto coincide en gran parte con lo expresado por el Representante de Chile, acerca de la importancia de la participación personal de los habitantes en la solución de sus problemas. Menciona que en esta solución intervienen factores financieros, la disponibilidad de medios



y equipo, la posibilidad de ejecución y, de manera significativa, el personal técnico: médicos, ingenieros, administradores de programas, etc. Su Gobierno ha prestado atención a estos aspectos, incluyéndolos en todos los planes de salud que tiene en desarrollo y en proyecto. Para esto se cuenta con la valiosa colaboración de los organismos internacionales. Se refiere, asimismo, a que ese problema es más agudo en las provincias y que este aspecto tiene importancia en todo plan que se realice. Menciona un convenio entre organismos centrales y provinciales para solucionar el aprovisionamiento de agua y tratamiento de aguas servidas en la zona que se ha dado en llamar el "Gran Buenos Aires", cuya población alcanza aproximadamente los siete millones de habitantes. Esto se hizo mediante un convenio actualizado últimamente a raíz de una situación accidental que agravó el problema y sirvió de incentivo para acelerar los trámites de su ejecución. De este modo se asegurará un aprovisionamiento de agua suficiente para toda la zona de Buenos Aires, con un rendimiento diario de 1.500.000 litros y una capacidad de eliminación de excretas de 3.000.000 de litros diarios. La ejecución de la obra durará unos ocho años, con un costo aproximado de quince mil millones de pesos y cuyo financiamiento se cubrirá con la contribución del Gobierno nacional y del provincial, y de los usuarios, una vez establecidos los servicios. Coincide plenamente con el criterio que la Oficina expresa en su documento respecto a la prioridad del problema y a la forma de solucionarlo, y considera que la acción nacional que todos los países deben llevar a cabo bajo su responsabilidad, a fin de asegurar este importante aspecto, se beneficiaría con una intensa intervención de los organismos internacionales, sobre todo desde el punto de vista técnico y de apoyo económico.

El Dr. MARTÍNEZ JUNCO (Cuba) se muestra de acuerdo con la proposición del Representante de Venezuela, por la importancia del abastecimiento de agua y desagüe en el saneamiento ambiental. Pero dentro de la prioridad de los problemas del saneamiento ambiental, hace hincapié en que esta tarea es propia de los organismos dedicados a su construcción. En Cuba, los acueductos y alcantarillados dependen del Ministerio de Obras Públicas y el Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos. Señala igualmente que el Ministerio de Salud Pública, de con-

formidad con las prioridades sanitarias, coordina con el Ministerio de Obras Públicas y con el Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos, las construcciones respectivas. De acuerdo con el desarrollo del pueblo cubano, se han concluido en los últimos tres años y medio 38 acueductos, lo cual no resuelve enteramente el problema del abastecimiento de agua; pero se ha aprobado un gran plan, ya señalado en el informe general, que consiste en la construcción de otros 126 acueductos y el mejoramiento y ampliación de 154 de los ya existentes. En cuanto a sistemas de alcantarillado, se ha llevado a cabo un plan para la construcción de otros 17 para nuevas poblaciones y el mejoramiento de 13 de los existentes.

Por lo que respecta a las zonas rurales, es casi imposible abordar el problema del abastecimiento de agua si no se modifican las condiciones de individualismo y de aislamiento en que vive el campesino en las Américas. Señala que en Cuba todavía no se han podido modificar totalmente las condiciones de abastecimiento de agua y desagüe de las zonas rurales, pero sí creen aportar la experiencia de la construcción de 60 pueblos, en áreas de producción agrícola, donde el campesino se ha liberado ya de la miseria que mantenía con su individualismo y aislamiento. Ya ha conseguido en estos pequeños pueblos no sólo un buen saneamiento del medio, con agua y alcantarillado, sino que además se le ha facilitado educación y recreo, elementos fundamentales en la vida del campesino.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) señala que la exposición del Ing. Shipman y las intervenciones de los distintos Representantes que han participado en el debate muestran la importancia de los problemas de saneamiento, salud, vivienda, y, en consecuencia, del abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas. Sin agua no hay vida, no se puede llevar a cabo ningún programa de salud ni de desarrollo económico y social. El abastecimiento de agua potable constituye la llave de la salud y de la economía.

A juicio del orador, las colectividades urbanas pueden participar en la solución de este problema porque cuentan con bastantes recursos; en cambio, las pequeñas colectividades no pueden satisfacer sus necesidades en materia de abastecimiento de agua con los medios de que disponen. Consideran que corresponde al Estado facilitar por lo menos las

instalaciones de toma de agua y su suministro a las aldeas. En cuanto a la distribución local, es evidente que, en cierta medida, los habitantes pueden participar en la instalación de redes de abastecimiento. No cabe duda de que para devolver la vida a las aldeas, y contrarrestar el desplazamiento en masa de la población hacia las grandes ciudades, hay que ayudar a esas poblaciones rurales; y para ello, el Estado tiene la obligación de financiar las instalaciones de agua y su distribución. Hace observar que esta labor no sólo corresponde a los servicios de salud pública, sino que requiere también la colaboración de otros Ministerios, como los de Obras Públicas y Agricultura, que, en su país, mantienen un servicio muy importante de ingeniería rural, encargado de estudiar las soluciones más prácticas para abastecer de agua a los medios rurales. Estos mismos servicios de ingeniería rural encuentran las soluciones más económicas, bien sea agrupando los recursos de los municipios más próximos entre sí o bien uniéndolos para constituir un sindicato que permita una reducción de los gastos, sobre todo cuando los municipios no disponen de agua y han de transportarla desde muy lejos. Con esta agrupación se facilita la distribución a un costo más reducido.

En cuanto a la eliminación de aguas servidas, el Dr. Hyronimus considera que, evidentemente, el problema también afecta a los medios rurales. Sin embargo, añade, es quizá más fácil de resolver en los medios rurales que en los urbanos, y por esta razón se viene dedicando más atención a las instalaciones de eliminación de aguas servidas en las grandes aglomeraciones urbanas. Para terminar, expresa su apoyo al proyecto de resolución presentado por el Representante de Venezuela.

El Dr. Quirós (Perú) considera de particular interés el informe presentado por la Oficina Sanitaria Panamericana y, por otra parte, expone la experiencia obtenida sobre asunto tan importante. Está de acuerdo en las dificultades que entraña la solución del problema de abastecer de agua a la población rural y cree igualmente, que la mayor dificultad reside en la carencia de personal adiestrado.

En el Perú, la Universidad Nacional de Ingeniería, en Lima, cuenta con una Facultad de Ingeniería Sanitaria, donde se gradúan anualmente numerosos ingenieros sanitarios. Esto ha permitido formular un plan de saneamiento rural básico para

proveer de sistemas de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas al 50 % de la población rural en un período de 10 años. Añade que dicho plan cuenta con posibilidades de realización si la población aporta un 30 % de su costo en forma de mano de obra y otros medios, y si el Estado contribuye con asesoramiento técnico y recursos, y se cuenta con la ayuda de fuentes internacionales. Una ley, llamada "Fondo de Desarrollo Económico", prevé que se destinarán aproximadamente 50 millones de dólares a la realización de pequeñas obras en el interior del país. El plan preparado por la División de Ingeniería Sanitaria del Ministerio de Salud Pública tiene por finalidad fundamental aprovechar estos recursos y evitar, como señaló el Representante de México en la sesión anterior, la interferencia de los políticos, para que los fondos se distribuyan de acuerdo con sus intereses. El plan preparado permitirá canalizar la inversión de estos fondos y la ley dada por el Gobierno le faculta para obtener empréstitos en el extranjero. Estima que con estos elementos, la ley y los fondos existentes se puede llevar el plan a la práctica. Informa que un grupo de ingenieros está haciendo estudios en cada localidad. Se estima que existen alrededor de 1.500 localidades pequeñas con menos de 2.000 habitantes, que serán debidamente estudiadas para hallar la forma de resolver sus problemas. La Delegación del Perú apoya, por las razones apuntadas, el proyecto de resolución presentado por el Representante de Venezuela.

Por otra parte, refiriéndose a las funciones que competen al Ministerio de Salud en los programas de saneamiento ambiental, señala que ha sido interesante escuchar las manifestaciones del Representante de los Estados Unidos de América sobre la función de los servicios de salud pública en relación con los programas de saneamiento. Está de acuerdo en que debe ser una acción única, tanto en lo que se refiere a los servicios de las zonas urbanas como a los servicios pequeños en zonas rurales. Esta labor de promoción corresponde a la División de Ingeniería del Ministerio de Salud Pública de su país. El Ministerio de Obras Públicas se encarga de la ejecución de las grandes obras de saneamiento, a la vez que ejecuta directamente pequeñas obras con participación comunal.

El Dr. VIDOVICH (Uruguay) manifiesta que en el Uruguay se determinó por ley la creación de un

Instituto denominado "Administración de las Obras Sanitarias del Estado" (cuya sigla es OSE), resultante de la fusión de la antigua Dirección de Saneamiento del Ministerio de Obras Públicas, que abarcaba los servicios de agua potable y de alcantarillado del interior y el litoral del país, con la antigua compañía inglesa suministradora de agua potable para la capital de la República, y cuya misión es dar cumplimiento a los siguientes cometidos: a) prestación de servicio de agua potable en todo el territorio de la República; b) prestación de servicio de alcantarillado en todo el territorio de la República, excepto en el Departamento de Montevideo; c) celebración de convenios con los Gobiernos municipales o comisiones vecinales para realizar obras de alcantarillado o de abastecimiento de agua potable de interés local, mediante contribución de las partes, con aprobación previa del Poder Ejecutivo; d) participación en el estudio, construcción y conservación de todas las obras destinadas a los servicios que se le confían; y e) control higiénico de todos los cursos de agua que utilice directa o indirectamente para la prestación de sus servicios.

Existe conexión funcional con el Ministerio de Salud Pública en lo referente a política higiénica y sanitaria preventiva, debiendo destacarse la reciprocidad existente entre ambos organismos estatales en cuanto a la asistencia técnica y social.

Informa el orador de que la ampliación del sistema de abastecimiento de agua potable para Montevideo y algunas zonas adyacentes aumentará el volumen de suministro en 300 millones de litros diarios con un costo estimado en 198.500.000 pesos; además, en licitación reciente se otorgó el abastecimiento de las importantes ciudades balnearias y turísticas de Punta del Este, Maldonado, Piriápolis, San Carlos, etc., con un costo estimado de 68 millones de pesos.

Termina diciendo que las disponibilidades crediticias culminaron con la firma de contratos por una suma de 65 millones de pesos uruguayos con el Banco Interamericano de Desarrollo y por 21 millones de pesos uruguayos con el Banco de Exportación e Importación de los Estados Unidos de América. Además se encuentra en tramitación la obtención de recursos nacionales, por valor de 88 millones de pesos, ya aprobados por la Cámara de Representantes.

A fin de alcanzar los objetivos propuestos para 1971, en el sentido de proveer de agua potable al

75 % de la población urbana y a un 50 % de la población rural—no debiendo en consecuencia carecer de agua en condiciones higiénicas ningún centro poblado de más de 100 habitantes—y dotar asimismo de sistemas de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas a todo centro poblado con más de 5.000 habitantes, el actual Directorio del OSE viene gestionando ante el Banco Interamericano de Desarrollo y otras instituciones financieras del exterior nuevos créditos para el desarrollo de un plan general bien meditado, destinado a satisfacer necesidades urgentes para el presente y futuro de la República. Este plan cuyo costo ha sido estimado en principio en la suma de 60 millones de dólares, será ejecutado racional y paulatinamente en el transcurso de 10 años.

El Dr. VAN DER KUYP (Reino de los Países Bajos) apoya la propuesta del Representante de Venezuela.

El Ing. MÁRQUEZ GARCÍA (Venezuela) expone que en su país existen dos organismos principales encargados de solucionar los problemas de abastecimiento de agua potable: el Instituto Nacional de Obras Sanitarias (INOS) y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, a través de la División de Acueductos Rurales, de la Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental. El primero está encargado de construir y operar sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado para las poblaciones con más de 5.000 habitantes y el segundo, la División de Acueductos Rurales, se ocupa de la construcción y asesoramiento técnico en relación con poblaciones de menos de 5.000 habitantes. Además, la División de Acueductos Rurales, conjuntamente con el UNICEF, está estudiando un programa paralelo para solucionar el problema en las poblaciones con menos de 500 habitantes. El Instituto Nacional de Obras Sanitarias estima que, de los cuatro millones de habitantes que integran el medio urbano, 1.800.000 personas carecen de servicio directo de agua y 2.800.000 no disponen de alcantarillado.

Se estima que la población de Venezuela en 1982 será aproximadamente de 15 millones de habitantes y que, de esta población, deberán atenderse nueve millones de habitantes durante los próximos 20 años. Para solucionar el problema de acueductos y alcantarillado en relación con el 80 % de la citada población, o sea, siete millones de habitantes, deben preverse nuevos servicios de acueductos

para 4.600.000 habitantes, y de alcantarillado para 5.700.000 habitantes. Actualmente se ejecutan los estudios y proyectos para dotar de estos servicios al 80 % de la población urbana durante los próximos 20 años, y se estima que la inversión necesaria será de 1.300 millones de bolívares para abastecimiento de agua y 1.600 millones para cloacas, o sea un total de 2.900 millones de bolívares (aproximadamente 600 millones de dólares norteamericanos). El Instituto Nacional de Obras Sanitarias, con su presupuesto ordinario y los empréstitos de 35.000.000 de bolívares solicitados al Banco de Exportación e Importación y de 45.400.000 bolívares al Banco Interamericano de Desarrollo, acomete la solución del problema. La División de Acueductos Rurales, que ha continuado y ampliado la labor realizada por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, de construir acueductos en colaboración con los Gobiernos regionales, está encargada de solucionar el problema del abastecimiento de agua para la población rural, estimada en 3.400.000 habitantes. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, los Gobiernos regionales y las compañías petroleras, mineras y urbanizadoras han contribuido a la construcción de acueductos para las poblaciones que integran el medio rural, beneficiando de esta manera a cerca de 430.000 personas, ubicadas en poblaciones con menos de 5.000 habitantes, quedando un excedente de 1.270.000 personas que sufren de las penalidades de la carencia de adecuado abastecimiento de agua y para las cuales se ha comenzado a llevar a cabo un programa intensivo a través de la División de Acueductos Rurales. Esta División, al poco tiempo de haber sido organizada, ha solucionado el problema en 233 poblaciones con un total de 281.000 habitantes. En el resto de la población rural, de 1.700.000 habitantes que viven en el campo y en poblaciones con menos de 500 habitantes, sólo tienen servicio de agua potable 340.000 personas, incumbiendo al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en colaboración con organismos nacionales e internacionales, la solución del problema del abastecimiento a las otras poblaciones. Consciente el Gobierno de la importancia que para el país tiene la solución pronta de esta situación, ha resuelto aumentar los presupuestos ordinarios de 1962 en un 33 % y el de 1963 en un 39 %, y solicitar un crédito de 45.400.000 al Banco Interamericano de Desarrollo, disponiendo en consecuencia de un total de 90 mi-

llones de bolívares (20 millones de dólares) en 1962 y 1963, para proporcionar servicio de agua potable aproximadamente a 330 poblaciones (230 del grupo entre 500 y 5.000 habitantes y 100 del grupo de menos de 500 habitantes). Se estima que en 1964 no habrá déficit en acueductos rurales, quedando en consecuencia sólo el problema de dotar de agua potable a las nuevas poblaciones y de modificar o construir algunos acueductos.

Hace constar el orador que en Venezuela no sólo se construyen acueductos, sino que además se presta asesoramiento técnico para la explotación y mantenimiento de los sistemas, a cuyo objeto se han creado y fomentado Juntas Administradoras, integradas por personas idóneas de la localidad a fin de lograr el autofinanciamiento de la operación y su mantenimiento en un futuro próximo.

Con respecto al tratamiento del agua, manifiesta que de las poblaciones que actualmente están dotadas de abastecimiento de agua, el 44 % de ésta se trata con cloro; el 2 % se filtra y clora; el 5 % es objeto de tratamiento completo, lo que indica que el 88 % de la población rural servida recibe agua con algún tratamiento.

Por último, en lo que respecta al problema del alcantarillado para las poblaciones entre 500 y 5.000 habitantes, informa que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, por intermedio de la División de Ingeniería Sanitaria, efectúa los estudios a fin de que en un futuro próximo se acometa la solución de dicho problema.

El Ing. Márquez García termina dando las gracias al Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, y en especial al ingeniero Shipman, por su preocupación en la orientación y solución de los problemas relativos a abastecimiento de agua y alcantarillado en las Américas, y expresa la esperanza de que una mayor ayuda de los organismos financieros internacionales permitirá la realización de los programas proyectados.

El General CARTER (Observador, Banco Interamericano de Desarrollo) manifiesta que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud merecen plácemes por los progresos conseguidos en el programa de abastecimiento público de agua durante los últimos tres años. El excelente informe presentado por la Oficina revela los grandes beneficios que el Hemisferio ha obtenido de ambas organizaciones, y el

interés que las mismas han suscitado al fomentar la construcción de sistemas de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas. La labor realizada con los recursos del Fondo Especial de la OPS para Abastecimiento Público de Agua ha resultado muy beneficiosa para los países que han recibido esa colaboración.

Como el informe señala, el Banco Interamericano de Desarrollo ha impulsado activamente la concesión de préstamos para abastecimiento de agua y saneamiento y, hasta el 10 de agosto de 1962, con sus recursos ordinarios había concedido 10 por un valor de \$ 48.600.000, y a cargo del Fondo Fiduciario de Progreso Social había otorgado otros 17 por un importe de \$ 103.700.000, lo cual arroja un total de \$ 152.300.000 concedidos hasta la mencionada fecha para llevar adelante el programa. Un progreso tan rápido en la concesión de préstamos no se hubiera logrado sin la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud y de los países interesados.

El Banco aprueba las normas establecidas por la Organización y en el procedimiento que él ha fijado para la concesión de préstamos insiste en que los prestatarios las cumplan. Se congratula del cambio de actitud que se observa en la América Latina respecto a los abastecimientos de agua. Los países, no sólo han apoyado incondicionalmente la política de establecer cuotas y tarifas de cuantía suficiente para sostener los proyectos, sino que ellos mismos han pedido la inclusión de tales requisitos en las condiciones para la concesión de préstamos, a fin de facilitar el proceso de poner en práctica dicha política.

El Banco está de completo acuerdo con los planes a largo plazo relativos al abastecimiento de agua, expuestos en el informe de la Oficina. Hasta la fecha, las actividades de abastecimiento de agua en las zonas rurales han contado con menos fondos que las desarrolladas en las zonas urbanas, simplemente por las grandes dificultades de organización, trabajos de ingeniería y financiamiento que existen en las rurales. A este respecto, el Banco está de acuerdo, en general, con las propuestas de mejoramiento y acoge con particular satisfacción la de utilizar al máximo las fuentes de fondos locales para las obras de abastecimiento de agua en las zonas rurales. Nadie ignora que los sistemas de agua para colectividades muy pequeñas no son complicados ni costosos.

Los 27 préstamos mencionados comprenden desde el otorgado para mejorar los sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado de la ciudad de Río de Janeiro, hasta un préstamo aprobado muy recientemente para Colombia, que permitirá facilitar servicios de agua y alcantarillado a más de 350 localidades comprendidas en el plan cuadrinal de dicho país.

De acuerdo con las normas del Banco para la concesión de dichos préstamos, el país prestatario aporta habitualmente parte de la cantidad total necesaria. Los fondos se conceden, según sea la clase de proyecto, de los recursos ordinarios del Banco, del Fondo para Operaciones Especiales o, si el proyecto cumple lo estipulado en el programa de la Alianza para el Progreso, del Fondo Fiduciario de Progreso Social. La política del Banco consiste esencialmente en que un proyecto ha de mantenerse y amortizarse con sus propios ingresos. Existen determinadas zonas en que esto no es del todo posible y, en ese caso, los proyectos que se lleven a cabo en ellas tendrán que ser apoyados con los fondos públicos del país de que se trate.

El Banco ha seguido estrictamente la política de la OPS de estimular la administración y supervisión eficientes y ha apoyado la descentralización administrativa, a fin de interesar a la población local en su propio desarrollo. Antes de desembolsar fondos concedidos mediante un préstamo, el proyecto o subproyecto en cuestión ha de estar bien concebido. Si bien no se ha establecido ningún criterio técnico específico, el Banco estudia los proyectos de acuerdo con normas de carácter general aplicables a la respectiva localidad. Sin embargo, se están elaborando normas más específicas. El Banco está insistiendo en que se establezcan criterios razonables en cuanto al diámetro de las tuberías, cantidades, tratamiento del agua, etc., y que se apliquen teniendo en cuenta las características, los fondos disponibles y las necesidades reales de la localidad de que se trate, lo cual no significa relajación alguna de las normas establecidas en cuanto a saneamiento o pureza del agua.

Los ingenieros del Banco han utilizado al máximo los servicios de asesoramiento de la OPS y ha habido una cooperación completa y cordial entre ambas organizaciones. El Banco está enteramente de acuerdo en que el abastecimiento de agua es uno de los aspectos más importantes para abordar el problema del mejoramiento de la salud en las ciu-

dades y pueblos de América Latina. Otro punto muy importante es el alcantarillado y, donde ha sido posible, se han desarrollado conjuntamente proyectos relativos a ambas actividades. Sin embargo, tal y como ha ocurrido en casi todas las ciudades del mundo, el mejoramiento definitivo en la eliminación de aguas servidas ha sido consecuencia de mejoras en los sistemas de abastecimiento de agua.

El General Carter concluye diciendo que el Banco Interamericano de Desarrollo promete continuar prestando todo su apoyo a un campo de actividades tan importante.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que el debate revela el gran interés que los Gobiernos tienen por este problema y que es satisfactorio comprobar cómo ha cambiado totalmente el clima en el Continente respecto a una situación que, hace tres años, parecía insoluble. Hace tres años, pensar que pudiera atacarse un problema que afecta a 110 millones de personas, con costos tan significativos, parecía algo imposible. El hecho concreto es que, gracias a la voluntad de los Gobiernos, al deseo de las comunidades, al apoyo del mercado internacional de capitales y a los organismos internacionales unilaterales y bilaterales, públicos y privados, se ha producido, en un lapso corto, una modificación del clima y un comienzo de realizaciones, augurio de muy buenos días.

Agrega que es de esperar que los bancos internacionales sigan contando con capital para atender las propuestas de los Gobiernos, y sigan aún con mayor intensidad el mismo sistema para abordar el problema rural. Llama la atención sobre dos puntos que le preocupan en relación con esta empresa en el Continente; el primero se refiere a la formación de ingenieros sanitarios, ya que ha habido una decisión de los Cuerpos Directivos de la Organización en este sentido.

Afirma que, en realidad, la proporción de ingenieros sanitarios que se gradúan no está a tono con las nuevas posibilidades existentes en las Américas en relación con los problemas de saneamiento, y expone que, por esta razón, tiene interés en que el Fondo Especial de las Naciones Unidas contribuya a que las escuelas de ingeniería sanitaria del Continente reciban los aportes indispensables para aumentar la formación de esos expertos y sus auxiliares indispensables. Se confía en que, en un fu-

turo próximo, las solicitudes que se hallan en discusión sean aprobadas. Considera el orador que éste puede ser un serio problema en lo futuro, porque la tendencia de muchos profesionales en este campo consiste en trabajar en organismos privados de construcción y diseño que les ofrecen mejor remuneración que los organismos gubernamentales. El segundo problema, acerca del cual se piensa mantener conversaciones con el Banco Interamericano de Desarrollo, se refiere a lo que se llamaría la fase de inversión. Dice el Dr. Horwitz que la Organización ha venido cooperando con los Gobiernos y con el citado Banco en la preparación de los proyectos que son susceptibles de crédito. Se refiere a las manifestaciones del Observador de dicho Banco ante la Conferencia, en las que se revela la buena acogida que han tenido, en la citada Institución, las solicitudes de los Gobiernos. Sin embargo, la inversión de los fondos de acuerdo con los proyectos es una etapa que, a su juicio, va a requerir la cooperación internacional en algunos países, y esto puede representar inversiones mucho mayores en saneamiento de las que la Organización hace en este momento, porque, si bien todos están satisfechos con lo ocurrido, no se puede olvidar que, en una ciudad de regular importancia, la instalación del servicio puede demorar de tres a cuatro años por término medio, y no es deseable que en un momento dado tengan que suspenderse estas actividades por carecerse de expertos que colaboren para resolver un problema local.

Añade que hay algo que ha sido motivo de una comunicación especial del señor Presidente del Banco y que tienen relación con el medio urbano: la manera de obtener tarifas adecuadas para la magnitud del financiamiento de los proyectos y, en el medio rural, la forma de organizar las comunidades para que se puedan desarrollar las obras que la técnica aconseja. Transmite esta petición del Banco Interamericano de Desarrollo para obtener asesoría en este aspecto educativo del programa.

Con respecto al proyecto de resolución presentado por el Gobierno de Venezuela, en el cual se solicita de la Oficina que estudie la necesidad y conveniencia de crear, en la más alta jerarquía posible, un servicio dedicado exclusivamente a los problemas de saneamiento o de salud ambiental, el Director dice que se va a estudiar la necesidad

y conveniencia y, que, si bien dentro de la estructura de la Oficina, estos programas tienen la más alta jerarquía posible, si la Conferencia apoya el citado proyecto de resolución, con todo agrado se estudiará e informará oportunamente sobre ese asunto, incluso acerca de sus repercusiones de carácter administrativo y financiero.

*Decisión:* Se acuerda encargar al Relator de la Comisión I que prepare los proyectos de resolución pertinentes recogiendo los puntos de vista expuestos en el curso del debate.<sup>1</sup>

**Tema 2.7.1: Memorándum del Acuerdo concertado entre la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, respecto a las actividades de asistencia técnica**

El PRESIDENTE anuncia que el Ing. Shipman va a dar lectura al memorándum del Acuerdo concertado entre la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, respecto a las actividades de asistencia técnica.

*El Ing. Shipman (Jefe, Departamento de Saneamiento del Medio, OSP) da lectura al memorándum que figura en el Documento CSP16/26.<sup>2</sup>*

*Decisión:* Se acuerda encargar al Relator de la Comisión I que prepare un proyecto de resolución sobre este tema.<sup>3</sup>

**Tema 2.8: Informe relativo al programa de investigación sobre las estadísticas de mortalidad en las Américas**

La Dra. PUFFER (Jefe, Departamento de Estadísticas de Salud, OSP) manifiesta que, según se indica en el Documento CSP16/36,<sup>4</sup> el programa de investigación conjunta sobre una amplia base geográfica, sometido a la consideración de la Comisión, se inició en la Región de las Américas en 1962 con objeto de obtener datos para la planificación de investigaciones sobre las enfermedades cardiovasculares, neoplasmas malignos y otras enfer-

medades y estados causantes de mortalidad en adultos de 15 a 75 años de edad.

El procedimiento consiste en investigar cada defunción mediante entrevistas en el domicilio del difunto, en el hospital, en la clínica y con el médico, a fin de obtener el registro más completo posible de la enfermedad que produjo el fallecimiento, inclusive los resultados de laboratorio y otros procedimientos de diagnóstico, así como los hallazgos de las autopsias. El programa se inició en mayo de 1961 con una conferencia de planificación, en la cual se puso de relieve la importancia de establecer un panorama exacto y completo de la mortalidad por edad entre la población adulta de ciudades seleccionadas de las Américas, y se convino en que los esfuerzos y gastos que suponía dicha investigación quedarían plenamente justificados.

Las pruebas piloto con el cuestionario, iniciadas en agosto de 1961, demostraron que era adecuado para los fines del estudio. En noviembre del mismo año, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América concedió, a través de los Institutos Nacionales de Higiene, una subvención para actividades de campo. Los nombres de los colaboradores principales en estas actividades figuran en la última página del documento.

La labor sobre el terreno comenzó en enero de 1962 con la investigación de fallecimientos ocurridos en las siguientes ciudades: Bogotá, Caracas, La Plata, Lima y São Paulo, a las cuales se añadieron las ciudades de Guatemala y México, en marzo, y Cali, Colombia, en mayo.

La iniciación del proyecto en Santiago, Chile, se retrasó, pero ya se han enviado a Washington los primeros datos. También hubo demoras en el plan para incluir una o más ciudades de países de habla inglesa. No obstante, el 1 de octubre se comenzó la labor en San Francisco, California, con el Dr. Ellis Sox como colaborador principal.

Hasta el 21 de agosto se habían recibido en Washington 3.534 expedientes. Los planes prevén que se completarán en cada ciudad 2.000 expedientes anuales durante dos años, lo cual da un total de 40.000 expedientes de defunciones que habrán de ser analizados en el programa. Las ciudades seleccionadas cuentan todas ellas con hospitales y servicios de atención médica fácilmente asequibles a los residentes de las mismas, lo cual supone una garantía de que las historias médicas y las pruebas

<sup>1</sup> Véase acta de la octava sesión plenaria, págs. 160-162.

<sup>2</sup> Documento mimeografiado.

<sup>3</sup> Véase acta de la octava sesión plenaria, págs. 164-165.

<sup>4</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 10.

de diagnóstico serán satisfactorias para el objeto que se persigue.

El documento contiene un informe preliminar del análisis de los cuestionarios recibidos hasta junio. Más del 50 % de las defunciones ocurridas en cinco ciudades (Bogotá, Caracas, Guatemala, La Plata y Lima) correspondieron a personas que habían estado hospitalizadas en el último año de su vida o habían fallecido en el hospital, como se indica en el cuadro 2 del documento. En estas ciudades, la proporción de personas que fallecieron sin atención médica fue pequeña, y la que proporcionan los hospitales o los médicos en clínicas, en consultorios o en el hogar parece ser suficiente para dar información bastante completa. El valor de los datos aumenta si, además de las historias clínicas, se dispone de hallazgos patológicos y de laboratorio para establecer las causas de defunción. Como se indica en el cuadro 3 del documento, hubo una variación notable en la proporción de defunciones en que se realizaron autopsias. De las defunciones con autopsia completa la proporción más elevada, el 28 %, corresponde a Caracas, mientras que en las demás ciudades esta proporción varió del 2 al 12 por ciento.

La falta de autopsias revela la necesidad de adiestrar mayor número de patólogos. Se espera que el proyecto de investigación proporcionará orientaciones para nuevas investigaciones epidemiológicas sobre el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, en las que los hallazgos patológicos serán esenciales para establecer un diagnóstico exacto. La ampliación de la labor patológica parece ser cuestión urgente en algunas de las ciudades.

La Dra. Puffer añade que, una vez que se hayan reunido datos para el período de dos años, se proyecta calcular las tasas específicas de mortalidad según la edad y las tasas ajustadas según la edad por causas. En la actualidad, la distribución de defunciones por grupos de causas es útil para obtener información preliminar acerca de la mortalidad en el grupo de 15 a 74 años, según se indica en el cuadro 4 del documento. En las cinco ciudades, las dos principales causas de defunción fueron los neoplasmas malignos y las enfermedades del corazón, si bien varió su importancia relativa. La tuberculosis fue una importante causa de defunción en Lima, pero sólo una causa menor en La Plata.

Aunque el número de defunciones debidas a es-

tas causas es demasiado reducido para deducir conclusiones, los datos indican que el proyecto proporcionará la información fundamental que se necesita para emprender nuevos estudios epidemiológicos en las Américas y ya es un hecho evidente que la información complementaria recogida mediante entrevistas con médicos y en los registros de hospitales y clínicas, ha facilitado una clasificación más específica dentro de las categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

La Dra. Puffer añade que cada uno de los colaboradores tiene oportunidad de realizar estudios especiales sobre cualquier aspecto del programa que sea de interés e importancia para su respectivo país.

El desarrollo del programa marca el principio de una era nueva y fructífera en el campo de la estadística en las Américas, y el continuo interés de los Gobiernos contribuirá en gran medida al éxito de esta investigación interamericana sobre mortalidad.

El Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud, en su reciente reunión, celebrada en junio de 1962, después de estudiar este programa de investigación, estimó que, a medida que la Organización avance en el desarrollo del mismo, estará en condiciones de emprender otros proyectos en el mismo campo. El Comité ha dado su apoyo y estímulo a la Organización para que amplíe su programa de investigación a fin de estudiar las pautas de la mortalidad en la Región. Asimismo, ha recomendado que la Organización prosiga con el planeamiento de la investigación epidemiológica sobre el cáncer, incluso el fomento del estudio de la incidencia de esta enfermedad. Se ha sugerido que a principios de 1963 se convoque una reunión de especialistas en la materia con el fin de planificar la investigación sobre la epidemiología del cáncer. Por tanto, la Organización está iniciando investigaciones sobre la distribución geográfica de las enfermedades en la Región. Este programa es posible gracias al espíritu de colaboración y cooperación que han demostrado las autoridades de salud de las Américas.

#### *Constitución de un grupo de trabajo*

El PRESIDENTE agradece a la Dra. Puffer su interesante informe y manifiesta que es evidente la existencia de aspectos patológicos que sólo pueden



determinarse por medio del estudio de datos relativos a grandes grupos de población. Hechos que ocurren en forma aislada y en lugares dispersos pueden facilitar indicios de factores que actúan en determinados ambientes y que pueden modificarse mediante actividades constructivas en materia de salud. Al considerar el programa de investigación, el Comité concentró su atención en las cifras de mortalidad. Pero también se puede conseguir información interesante de los certificados de nacimiento y otros documentos necesarios en el curso normal de las actividades de salud pública, la cual, debidamente recopilada, podría analizarse para enviar, a su vez, los datos así obtenidos a los países. Esta información podría facilitar indicios más concretos respecto a las causas ambientales de morbilidad y mortalidad. Por ejemplo, se ha demostrado claramente que varios productos químicos causan determinados efectos en la madre y el niño, y, si bien semejantes complicaciones son raras, si se registran y someten a la atención de un organismo central, pueden correlacionarse con datos proporcionados por otros Gobiernos para su análisis por un servicio centralizado, enviando de nuevo la información resultante a los Gobiernos, lo cual facilitaría el diagnóstico temprano de los problemas y el necesario control de las actividades preventivas.

Por consiguiente, el Presidente sugiere que el Dr. Olgún (Argentina), el Dr. Calvo (Panamá), el Dr. Williams (Estados Unidos de América) y el Dr. García Sánchez (México) colaboren en la redacción de un proyecto de resolución para someterlo a la consideración del pleno, que pueda servir de orientación respecto al interés de la Conferencia en el desarrollo de futuros programas para el bien común.

El Dr. MORAES (Brasil) pone de relieve la importancia de los estudios sobre las causas de mortalidad ya que, por lo menos en el Brasil, la mayoría de las ciudades no disponen de estadísticas en esa materia. Se han tratado de establecer métodos que permitan conocer las causas principales de mortalidad, sin investigar los motivos del fallecimiento. El análisis de la mortalidad en determinados grupos de edad de las comunidades brasileñas (estudio que ya se va extendiendo a diversas colectividades extranjeras) muestra que, cuando la distribución porcentual de fallecimientos por determinados grupos de edad presenta determinadas

características, se puede llegar a la conclusión de que en dichas ciudades están presentes esas causas de defunción. Estudios realizados sobre base mucho más científica permitirán comprobar las causas principales de defunción que prevalecen en un área determinada. Por ejemplo, se puede verificar que en las colectividades desarrolladas de Suecia, Dinamarca, Noruega y los Estados Unidos de América, las defunciones se concentran en el grupo de los mayores de 50 años, alcanzando una proporción de casi el 80 por ciento. En el Brasil ocurre lo contrario: las mayores tasas de mortalidad corresponden a las personas menores de 50 años. Añade que esta diferencia que se observa entre las colectividades brasileñas y las denominadas colectividades desarrolladas se debe a las enfermedades transmisibles. Termina expresando su satisfacción por la idea de llevar a cabo un estudio que permitirá interpretar más científicamente las curvas de mortalidad por grupos de edad, ya preparadas en el Brasil.

El Dr. OLGÚN (Argentina) expresa la satisfacción de su Delegación por el informe preliminar presentado por la Oficina y considera que dicho informe puede constituir la base para un futuro desarrollo de los estudios bioestadísticos, de gran importancia en la Argentina. También se siente satisfecho por la intervención que al respecto ha tenido una de las ciudades de su país, y por el valor que esa investigación tiene en el ámbito interamericano.

Hay aspectos particulares sobre los cuales cabría insistir, pero sólo quiere limitarse a los anteriores conceptos, sin perjuicio de volver oportunamente sobre algún tema relacionado con las estadísticas, por las cuales su país se preocupa en estos momentos.

El Dr. QUIRÓS (Perú) se une a las felicitaciones a la Dra. Puffer por el excelente trabajo que ha presentado y manifiesta que su país ha venido colaborando en esa labor de gran importancia porque el logro de los objetivos propuestos producirá notables resultados respecto a los programas de salud pública. Las cifras preliminares podrían hacer pensar que la mortalidad por neoplasmas es la que alcanza más altos porcentajes en Lima, pero esto habría que analizarlo con un poco más de cuidado, teniendo en cuenta que casi todos los enfermos de cáncer son atendidos en dicha ciudad por ser la

única que posee recursos adecuados para el tratamiento de aquella enfermedad. Esta circunstancia es muy importante y merece mayor investigación y estudio, que el orador desea se realice porque hasta ahora el Instituto de Enfermedades Neoplásicas ha estado dedicado a la atención de enfermos y el Ministerio de Salud Pública no ha abordado el problema de la epidemiología del cáncer. Tiene especial interés en este asunto, que tratará de estudiar con la Dra. Puffer.

Por lo que se refiere a otros aspectos, hay un tema de particular interés para su país: el relativo a causas de mortalidad por accidentes y violencia. Los informes de las autopsias adolecen de defectos considerables por falta de personal capacitado en tan importante aspecto de la medicina.

El Dr. VIDOVICH (Uruguay) manifiesta que los datos de mortalidad general en Uruguay proceden del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud Pública, que dirige el Dr. Morales. Se registra casi el 100 % de las defunciones ocurridas en su país, el cual tiene 187.000 Km<sup>2</sup> de superficie y cuenta con unas 232 oficinas de registro civil en funcionamiento. El 97 % de las defunciones son objeto de certificación médica; el 7 % del total de las defunciones, incluido el 3 % sin certificación médica, se debe a causas desconocidas; la mortalidad general oscila entre el 8 y el 9 por 1.000 habitantes; la mortalidad infantil varía del 50 al 60 por 1.000 nacimientos, y la mortalidad de los primeros años de la vida, por encima del primer año de edad, es ínfima.

En cuanto a la mortalidad general, las 10 primeras causas en 1959 fueron las siguientes:

1. Enfermedades cardiovasculares	5.217 defunciones	
2. Cáncer .....	4.396	»
3. Lesiones vasculares intracra- neales .....	2.719	»
4. Accidentes .....	943	»
5. Bronquitis y neumonía .....	754	»
6. Tuberculosis .....	517	»
7. Gastroenteritis y colitis (salvo diarrea del recién nacido) ..	513	»
8. Diabetes .....	364	»
9. Suicidio .....	305	»
10. Nefritis .....	269	»
Causas desconocidas y mal de- finidas .....	1.627	»

Asegura, finalmente, que el Uruguay es el primer país de América Latina que implantó el sis-

tema de consultas aclaratorias a los médicos en caso de insuficiencia del diagnóstico de defunción, y que los cuadros estadísticos anuales de defunción han sido elaborados en el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública.

El Dr. CALVO (Panamá) se adhiere a las felicitaciones formuladas por otros Representantes a la doctora Puffer por el magnífico trabajo que ha iniciado sobre la evaluación y análisis de la mortalidad por medio de muestras significativas de ciertas capitales de las Américas, y agrega que, por el momento, las certificaciones que se pueden conseguir en algunas capitales casi no reflejan las verdaderas causas de la mortalidad.

Para poder correlacionar un poco aquellos valores debería comenzarse por analizar la calidad de los certificados médicos procedentes de áreas de la población donde también se registra un alto porcentaje de certificaciones médicas, pero no de la calidad que se consigue en las capitales.

Manifiesta, por último, que una de las bases para valorar la certificación médica es la autopsia, ya que ésta viene a mejorar los datos del diagnóstico clínico. Con esto se llegaría a un mejor conocimiento de la nosología americana.

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México) informa, en relación con el trabajo de la Dra. Puffer, que en México se ha establecido el "Registro Nacional de Anatomía Patológica", donde se anotan todas las autopsias realizadas en el país. Este registro, además de proporcionar un mejor conocimiento de la verdadera causa de la defunción, está ayudando a los hospitales mediante el envío de expertos que periódicamente celebran sesiones anatomoclínicas con los grupos de cirujanos y médicos de cada hospital, con el fin de informarles acerca de sus aciertos o errores en lo que se refiere a las causas registradas en la historia clínica y las registradas en la autopsia. El "Registro Nacional de Anatomía Patológica" organiza también cursos de patólogos de dos años de duración, a los que pueden asistir alumnos de otros países. Está terminándose un curso este año, y el año próximo se iniciará otro curso.

Todo esto se refiere a la atención hospitalaria, ya que muchas de las estadísticas, especialmente en el medio rural, están muy lejos de ajustarse a la realidad. En los centros regionales de salud y adiestramiento se celebran cursos para los jefes de registros civiles de las comunidades rurales, a

fin de que las certificaciones se acerquen un poco más a la causa real, pues transcurrirán todavía muchos años antes de que dichas causas puedan ser registradas por médicos.

*Decisión:* Se acuerda que un grupo de trabajo integrado por los Dres. Olguín (Argentina), Calvo (Panamá), Williams (Estados Unidos de América) y García Sánchez (México), prepare un proyecto de resolución recogiendo los puntos de vista expuestos en el curso del debate, para incluirlo en el informe de la Comisión al pleno de la Conferencia.<sup>1</sup>

*Se suspende la sesión a las 16 h. 10 m. y se reanuda a las 16 h. 40 m.*

### **Tema 2.6: Informe sobre el programa de nutrición en las Américas**

El Dr. BENGEO (Asesor Regional en Nutrición, OSP), al presentar el Documento CSP16/6<sup>2</sup> sobre este tema, señala que en virtud de la XI Resolución aprobada en la XIII Reunión del Consejo Directivo,<sup>3</sup> en 1961, puede decirse que la Oficina Sanitaria Panamericana tiene ya hoy en día en materia de nutrición una línea de acción bien definida.

Señala que dicha resolución tiene el mérito de haber establecido las prioridades en los problemas de nutrición y en los programas de acción en las Américas y que la Oficina ha tratado de seguir dicha política, siendo evidente el avance logrado. Añade que el programa de nutrición de la Oficina se concentra en siete puntos fundamentales, a saber: 1) el estudio de los problemas en su magnitud y en su naturaleza; 2) la educación, especialmente a través de los programas coordinados de nutrición aplicada que los Gobiernos llevan a cabo con la cooperación de la OSP, la FAO y el UNICEF; 3) el fomento de la producción de nuevas fuentes de proteínas; 4) la prevención del bocio endémico; 5) el adiestramiento de personal; 6) las investigaciones; y 7) la coordinación con otros organismos internacionales y con Gobiernos que tienen programas de ayuda bilateral.

El Dr. Bengoa subraya que no insistirá en la importancia del problema de la nutrición en las

Américas, puesto que en el documento presentado el año pasado al Consejo Directivo se dieron datos sobre la gravedad de los problemas nutricionales en todas sus dimensiones, y se limitará a exponer los aspectos relativos a los programas y su ejecución. En primer lugar señala que la Oficina contaba en 1960 con un solo asesor en nutrición y que en 1962 hay cinco asesores y sus servicios se extienden a los Gobiernos de todos los países de la Región.

Añade que en materia de nutrición aplicada deben mencionarse los programas que comenzaron de manera modesta en 1958, y que llevan a cabo los Gobiernos con la Cooperación de la FAO, el UNICEF, la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana. Estos programas coordinados de nutrición aplicada existen en la actualidad en 16 países de las Américas y comprenden 19 proyectos. Señala que el interés de los Gobiernos por estos programas se revela en el hecho de que cinco proyectos nuevos están en estudio, por lo que es muy factible que en el plazo de dos o tres años todos los países de América Latina y una gran parte del Area del Caribe y de las Indias Occidentales cuenten con programas de esta naturaleza.

El Dr. Bengoa continúa diciendo que la contribución de los Gobiernos a estos programas ha sido de cierta consideración, difícil de valorar en términos monetarios; los organismos internacionales han contribuido con expertos, y el UNICEF, solamente para las Américas, ha asignado la suma de \$ 1.655.900. Sin hipérbole, podría asegurarse que nunca en América Latina se había hecho un esfuerzo similar para mejorar las condiciones nutricionales de las poblaciones rurales.

Agrega que estos programas tienen todavía sus defectos, presentando dificultades especialmente en el campo de la coordinación, pero aún así representan una verdadera esperanza como medio de elevar el nivel de vida en el medio rural.

En cuanto a las nuevas fuentes de proteínas, dice el Dr. Bengoa que la Oficina, en colaboración asimismo con la FAO y el UNICEF, ha tratado de estimular a los Gobiernos no solamente a que desarrollen nuevas fuentes, tales como la harina de algodón, harina de pescado, etc., sino también a que apliquen una política más amplia de fomento y de protección de las fuentes de proteínas tradicionales: leche, carne, pescado, etc. Señala que

<sup>1</sup> Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 165-166.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 7.

<sup>3</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 24-25.

este programa de desarrollo de nuevas fuentes de proteínas no constituye en sí mismo una solución definitiva del problema de la deficiencia de proteínas, sino un complemento, aunque en ciertas áreas de las Américas es posible que, por el momento sea la más inmediata solución o cuando menos el que debe recibir la más alta prioridad.

Indica a continuación que la Oficina ha tratado, por mandato del Consejo Directivo, de estimular los programas de adiestramiento para la formación de especialistas en nutrición. Señala que en 1961 se llegaron a conceder para este fin 31 becas; es decir, casi ocho veces más que el promedio de los ocho años anteriores. Con el apoyo de los diversos Gobiernos se está tratando de organizar en América Latina centros de adiestramiento a distintos niveles. En Guatemala, en el INCAP se han organizado cursos de nutrición para médicos en salud pública, cursos que tienen una duración de 10 semanas, así como un programa de formación de nutricionistas no médicos de salud pública.

El Dr. Bengoa informa que el Grupo Asesor en Nutrición, de la Oficina Sanitaria Panamericana, que se reunió en enero de 1962, estimó que para abordar de manera eficaz el problema de la nutrición en las Américas, sobre todo en el medio rural, se requería contar con una nutricionista de salud pública por cada 300.000 habitantes, y que varios países ya han establecido esta cifra, como meta, para los próximos años. Añade que para alcanzar dicho promedio en América Latina será necesario intensificar considerablemente el adiestramiento y tal vez la mejor solución sería que las escuelas de dietistas que existen en América Latina reorganizaran sus programas, a fin de que, además de facilitar la capacitación necesaria para el trabajo en los hospitales y otras instituciones, pudieran actuar en el campo de la salud pública.

Señala que en Montevideo se están organizando además, en estos momentos, cursos especiales para trabajadoras sociales en colaboración con el Instituto Interamericano del Niño, la FAO, el UNICEF y la Oficina de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas; se trata de un curso de tres meses, destinado a las trabajadoras sociales vinculadas a los programas de desarrollo de la comunidad. También está en proyecto, posiblemente para llevarse a cabo en Puerto Rico el próximo año, un curso sobre planificación de los programas de educación en nutrición. El objetivo de este curso será, no

precisamente ofrecer instrucción en la materia a los profesionales que trabajan en nutrición, sino servir de orientación para una metodología de la educación en nutrición.

En el campo de las investigaciones, la Oficina estableció, con el apoyo del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas, cuatro proyectos específicos para llevar a cabo a distintos niveles en diversos países de la América Latina. El primero consiste en estudiar los efectos de la nutrición en el desarrollo físico y mental de los niños. El segundo proyecto se refiere a las anemias, problema sumamente oscuro todavía, no solamente en las Américas, sino en todo el mundo. El tercer proyecto es un estudio del bocio endémico, que todavía constituye un problema con una serie de interrogantes que no modifican, sin embargo, la política en materia de prevención de dicha endemia a través de la sal yodada. Añade el Dr. Bengoa que el programa de prevención del bocio endémico lleva en las Américas un curso lento, tal vez porque los esfuerzos han sido esporádicos; es posible que una acción intensificada, pero sobre todo más persistente, mejoraría esta situación.

El cuarto proyecto se refiere a la interrelación entre la nutrición y las infecciones. Las altas tasas de mortalidad por gastroenteritis, sarampión y otros procesos, asociados a estados severos de desnutrición, obligan a realizar un análisis más a fondo de la situación.

La interrelación entre la nutrición y las infecciones es dinámica, frecuentemente caracterizada por sinergismo y menos comúnmente por antagonismo. En general, el éxito del control de uno cualquiera de dichos estados, sea el de desnutrición o el de infección, especialmente en niños, depende del control del otro. Los estudios iniciados en el INCAP, a los cuales se hizo amplia referencia en el documento del pasado año, han estimulado a la Oficina a ampliar el radio de acción a otros centros de investigación.

Para terminar, el Dr. Bengoa declara que las Américas se orientan decididamente hacia un futuro mejor, aunque de inmediato no se pueden evaluar los resultados de los esfuerzos que se están haciendo; un nuevo espíritu de acción ha surgido en estos últimos años. Debe estudiarse el problema nutricional en América Latina no solamente en su aspecto biológico, sino también en el económico; y agrega que sería bueno que de vez en cuando se

pensara en la alimentación de los pueblos en términos de capital económico y se destinara a su administración un presupuesto que estuviera en proporción con el capital invertido. Suponiendo que el gasto diario en alimentación por habitante en América Latina fuera de \$ 0,25 (para Estados Unidos de América esta cifra es de \$ 1,00) una simple operación aritmética llevaría a la conclusión de que anualmente se invierte en alimentación 20.000 millones de dólares. Concluye diciendo que desde el punto de vista económico, la ciencia de la nutrición no consiste, a fin de cuentas, sino en saber invertir de la mejor manera posible, y logrando el máximo rendimiento, el capital que la tierra y el mar, con el esfuerzo del hombre, han puesto en nuestras manos.

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México) se refiere a ciertos aspectos de los programas de nutrición que su país está llevando a cabo. El Instituto de Nutrición de México ha realizado en los últimos años alrededor de 26 encuestas en distintas localidades, principalmente rurales, habiendo determinado los principales problemas del medio rural, en el cual un 60 % de las calorías son proporcionadas por el maíz, lo que constituye una dieta pobre, monótona e insuficiente. Explica que de este modo no se satisfacen adecuadamente las necesidades calóricas, proteínicas y vitamínicas, y que los niños, en un 2 %, presentan síntomas y signos claros de desnutrición; entre un 5 y 15 % tienen manifestaciones cutaneomucosas de malnutrición y en proporción variable, entre un 20 y un 50 %, alteraciones del crecimiento. Agrega que ha sido posible demostrar una relación bastante estrecha entre la mala alimentación y la mortalidad del niño, especialmente por enfermedades infecciosas.

El Instituto ha realizado también investigaciones sobre los aminoácidos que contienen las principales leguminosas y cereales que se producen en el país, puesto que se han encontrado especies que los contienen en mayor cantidad. En el terreno positivo de las realizaciones, México ha estado interesado desde 1925 en la reforma agraria; se han repartido más de 2.300.000 hectáreas a los campesinos, de tal manera que la mayor parte de ellos producen alimentos que satisfacen en parte sus necesidades. Por otra parte, se ha logrado, a través de diversos programas, una amplia mecanización de las labores agrícolas y en los últimos 10 años casi se ha tripli-

cado el número de tractores, de los cuales hay actualmente cerca de 60.000 en servicio.

El consumo de fertilizantes ha aumentado en proporción superior a la prevista y en el último decenio este incremento fue de un 31 % anual. El programa de producción y distribución de semillas mejoradas ha tenido también gran éxito, sobre todo en las zonas de riego. Para la producción de estas semillas se utilizan actualmente cerca de 70.000 hectáreas. Están asimismo en marcha diversos programas para mejorar el financiamiento agrícola a través de los bancos agrícolas y de crédito ejidal, y se ha promovido el cooperativismo tanto en la producción como en la compraventa e industrialización de los productos.

Señala el orador, en relación con el transporte y almacenamiento, que tiene especial importancia la Compañía Nacional de Subsistencias Populares, organismo gubernamental descentralizado encargado de establecer precios garantizados de los principales productos alimenticios, que adquiere directamente del productor, almacena y conserva en forma y lugar adecuados. Su capacidad de almacenamiento era hace algunos años de dos millones de toneladas, cantidad que se ha duplicado en estos últimos dos años. Los especuladores de granos, cuando llegan las cosechas, tratan a veces de bajar los precios para que el campesino venda muy barato y es entonces cuando la Compañía compra las cosechas, incluso en su totalidad si es necesario. Por ejemplo, el 80 % de la cosecha del trigo fue comprada por la Compañía y almacenada, evitando así la especulación indebida de un alimento tan indispensable. Lo mismo está haciendo con el maíz y el frijol. En el caso de que los comerciantes suban los precios, el Gobierno pone a la venta sus productos a través de esta Compañía, especialmente en los barrios pobres de las grandes ciudades y en las zonas campesinas, regulando en esta forma el precio de los alimentos fundamentales.

Por último, refiriéndose a otros aspectos de los programas de nutrición, manifiesta que actualmente se dan cursos de preparación de nutricionistas auxiliares para que todos los centros puedan contar con personal suficiente.

El Dr. QUIRÓS (Perú) se refiere al punto del informe del Dr. Bengoa, relativo a la Quinta Conferencia sobre los Problemas de Nutrición en la América Latina y reitera el ofrecimiento del Go-

bierno del Perú para servir como sede a dicha reunión. Señala que en su país existe gran interés por el tema y que dicha reunión se celebrará en La Molina, donde la Universidad Nacional Agraria desarrolla importantes investigaciones, en especial sobre la tecnología de los alimentos.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) felicita al Dr. Bengoa por su informe, e indica que el carácter fundamental de los problemas nutricionales, en particular las deficiencias proteínicas y calórico-proteínicas en el niño de edad preescolar, ha sido reconocido tan sólo recientemente, tal vez debido a la falta de estadísticas exactas de morbilidad y mortalidad en todo el Hemisferio. Con frecuencia, las defunciones causadas por deficiencias nutricionales se suelen atribuir a infecciones intestinales de una u otra índole. Sin embargo, las salas de los hospitales de muchas zonas del Hemisferio están llenas de niños pequeños que sufren de síndrome pluricarencial de la infancia, marasmo y otras afecciones similares. El desarrollo de suplementos de alto contenido proteínico, a base de harina de semilla de algodón, harina de pescado, semilla de soja y cacahuates, ofrece perspectivas prometedoras para llevar a cabo un programa constructivo de salud pública que pueda contribuir a resolver los problemas nutricionales del Hemisferio Occidental. El Dr. Williams añade que la Delegación de su país acoge con satisfacción el plan de la Oficina para ampliar el personal destinado a actividades de nutrición y, en vista de la gravedad extrema del problema, encarece una ampliación incluso más rápida, sujeta a consideraciones de carácter administrativo y económico.

Refiriéndose a la sección del documento que trata sobre "El problema", el orador subraya la necesidad de disponer de datos acerca del consumo de alimentos *per capita*. Los datos indicadores de que la producción de alimentos *per capita* ha disminuido, a veces han hecho creer a la gente que también ha disminuido el consumo *per capita*. Esto no es necesariamente cierto, porque, si bien la producción de alimentos ha disminuido en algunos países, el consumo *per capita* no ha variado; en realidad en algunas zonas ha aumentado. En varios países latinoamericanos resulta difícil mantener elevados niveles o índices de producción de alimentos *per capita*, debido a que la mayor parte de las posibilidades agrícolas se utilizan para la producción de

cosechas comerciales destinadas a la exportación, tales como el café, el algodón, etc. Por consiguiente, el Dr. Williams sugiere la conveniencia de recopilar y presentar cifras relativas al consumo de alimentos *per capita*.

El PRESIDENTE señala que, si bien los programas de almuerzos escolares y las conferencias sobre el niño sano tal vez no enseñen mejor nutrición a los adultos, ofrecerán al menos a los niños pequeños la oportunidad de adquirir nuevos hábitos alimentarios que se mantendrán hasta llegar a la edad adulta.

El Dr. BRAVO (Chile) señala que el Dr. Bengoa ha dicho muy bien, en su informe, que los problemas de las Américas no se limitan a la producción de alimentos, sino que comprenden también su consumo adecuado. El problema básico de producción de alimentos tiene que ser abordado por su país dentro de los proyectos de planificación nacional y de desarrollo económico y social en que la Organización está empeñada.

En Chile se han organizado comisiones de planificación, una de carácter ministerial y otras provinciales. Forman parte de dichas comisiones los funcionarios, autoridades y personalidades interesadas en los distintos ramos de la industria, la agricultura, la salud, la educación, la economía, etc.; en un año de actividad estas comisiones han planeado el aumento de la producción de leche, con objeto de mejorar la alimentación infantil, de manera que, para 1963, Chile, por primera vez en su historia, será capaz de producir leche suficiente para una alimentación racional de su población. Cree que es obligación de los especialistas de salud pública plantear el problema, aun cuando la solución hayan de darla autoridades de otra jurisdicción. Lo importante es que los especialistas de salud pública trabajen en cooperación con los agricultores, economistas y otros especialistas, para presentarles así los problemas en forma objetiva y con datos precisos que permitan llegar a una solución.

Por otra parte, es necesario preocuparse del aspecto educativo, ya que en la población existe un gran desconocimiento acerca de los alimentos que debe ingerir y en especial de la alimentación adecuada para el buen desarrollo y crecimiento del niño. Informa que en estos momentos están iniciando, con ayuda internacional, especialmente de la Oficina Sanitaria Panamericana y del UNICEF,

un plan de educación sanitaria en las escuelas normales, ya que a través de los maestros se podrá hacer una importante labor educativa con mejores resultados.

El Dr. OLGUÍN (Argentina) expresa la satisfacción de su Delegación por el informe del Dr. Bengoa, que pone de manifiesto la importante labor desarrollada por la Oficina en colaboración con la FAO y el UNICEF, acción que tiene enorme valor para las Américas. Informa y puntualiza que el Gobierno de la Argentina ha encauzado su política alimentaria y nutricional basándose en una planificación y programación adecuadas a los problemas de sus distintas regiones, que tienen características propias regionales dentro de un denominador común general. El problema fundamental fue y es el de la hiponutrición, que tiene prioridad de ejecución en los planes gubernamentales de salud pública. Para esta labor se está trabajando en equipo con la colaboración de otros organismos, y esta colaboración es más estrecha entre el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria y el Instituto Nacional de Tecnología Industrial, en cuanto a producción de alimentos, industrialización, aprovisionamiento, consumo, etc. Destaca en este aspecto el apoyo de las fuerzas armadas de su país con las que se ha trabajado en lugares apartados.

Hay varios factores que agravan el problema, siendo uno de ellos las deficiencias en la distribución, transporte y conservación de los productos; dichos factores deben ser eliminados no sólo con una labor educativa de la población sino también enfocando industrialmente el problema del mercado y su aprovisionamiento. En este sentido se realizaron investigaciones en Río Turbio, en Río Gallegos, en Rusúa y en Junípero de los Andes, con interesantes resultados. Este problema ha sido enfocado en dos aspectos fundamentales: el de diagnóstico, que se refiere a la tecnología del problema mediante el estudio del individuo, las subsistencias, etc., y el terapéutico que se ocupa del análisis de la producción, conservación, transporte, economía de inversión y de la planificación controlada con miras al aprovechamiento racional. Se trata de incluir estos aspectos en los planes integrados que se realizan en colaboración con otros organismos y que tienen como base convenios entre las autoridades nacionales y provinciales, con la colabora-

ción de organismos internacionales. Mediante los planes integrados de salud, esta planificación atiende las necesidades de los países facilitándoles las fuentes de proteínas necesarias para el desarrollo y producción de los alimentos naturales que se consideran fundamentales.

El Dr. PÉREZ ARCHILA (Colombia) manifiesta que a través de las 28 encuestas realizadas por el Instituto Nacional de Nutrición se ha podido conocer el grave problema nutricional que tiene su país en las diferentes zonas. Con el fin de solucionarlo, el Ministerio de Salud Pública ha iniciado un curso de postgraduados en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional y ha interesado a cuatro Facultades de Medicina para que, dentro del programa de estudios, introduzcan, como materia fundamental, la nutrición. Añade que se está adiestrando a personal en ese trabajo y que el ramo de investigación está casi por entero bajo la dirección del Instituto Nacional de Nutrición, donde actualmente se realizan los estudios químicos y farmacológicos de la hoja de coca y sus relaciones con el estado de nutrición de sus consumidores, especialmente en las zonas indígenas correspondientes al Departamento del Cauca. Se llevan también a cabo encuestas dietéticas y clínicas en varias áreas, relacionadas con los programas de nutrición. Por otra parte, el Instituto ha elaborado programas integrados PINA (Programa Integrado de Nutrición Aplicada) para los Departamentos de Caldas, Norte de Santander y Cauca, donde colaboran los Ministerios de Agricultura, de Salud Pública y de Educación, y entidades internacionales, como la OMS, la FAO y el UNICEF.

Está de acuerdo con el Dr. Bengoa en que no solamente es difícil integrar las actividades de los organismos nacionales sino también de los internacionales; esta dificultad se vio en el Departamento de Caldas, donde dicha integración estuvo a punto de fracasar, aunque luego se logró poner en marcha el programa integrado PINA.

Añade que existen también programas de suplementación alimenticia con la colaboración de las entidades CARE y Caritas. Finaliza su intervención felicitando al Dr. Bengoa, a quien agradece su magnífico asesoramiento a la Sección de Nutrición del Ministerio de Salud Pública.

El Dr. VIDOVICH (Uruguay) informa sobre una encuesta clínica nutricional y alimentaria realizada

en su país por la Dra. María Luisa de Salum, Directora del Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud Pública, cuyo informe completo ha sido presentado recientemente en el Congreso de la Nutrición que se celebró en Buenos Aires entre el 20 y el 25 de agosto. Añade que en el referido informe se encuentran los siguientes datos globales sobre las condiciones alimentarias y nutricionales del Uruguay:

	Cálculos preliminares Promedio diario por persona	Porcen- taje de calorías (pro- medio)	Origen animal o vegetal-animal	
Calorías .....	2.500-3.000			
Proteínas .....	99-115 g	14	34 %	66 %
Grasas .....	98-127 "	34	40 %	60 %
Hidratos de car- bono .....	300-420 "	52		

**Minerales: Calcio:** promedio de ingestión: más de 1 gramo diario. Fuente principal: la leche. Le siguen el pan y las pastas.

**Hierro:** Promedio: 17 mg. Fuente principal: la carne. Le siguen los cereales.

**Vitaminas: Vitamina A:** Entre 1.600 a 2.400 microgramos de actividad vitamínica diaria. Fuente: la zanahoria, el zapallo y la leche.

**Grupo B:** Las principales fuentes de este grupo son de origen animal.

**Tiamina:** 1,1 mg diarios.

**Riboflavina:** 1,6 mg diarios.

**Niacina:** 16 mg diarios.

**Vitamina C:** Alcanza un promedio de 70 mg diarios. Fuente principal: el tomate. Le siguen los cítricos.

En relación con el referido informe, el orador se refiere a ciertos aspectos de la economía agrícola y de la industria alimentaria del Uruguay, y manifiesta que el volumen de producción alimentaria es alto en relación con la población del país y, por consiguiente, es capaz de alcanzar una disponibilidad de alimentos que sobrepasa la recomendación de la FAO, es decir 2.500 calorías diarias por persona. En una estimación primaria, la disponibilidad de proteínas se aproxima a 120 kg anuales por persona. El 15 % de la producción agrícola está destinada a la producción de carne. Las frutas

y verduras representan el 13 % de la producción agrícola anual.

La verdadera disponibilidad con que cuenta la población no se refleja en una información superficial, sino que se verá en las tabulaciones definitivas donde se consideran las diferentes áreas geográficas y los diferentes estratos socioeconómicos.

Señala a continuación que la tecnología de la alimentación no está bien desarrollada, lo que provoca excesos de suministros durante las cosechas y escasez en otras épocas; que las prácticas de venta en el mercado tienden a acentuar la inseguridad en la disponibilidad de alimentos, y que el uso de fertilizantes no está muy extendido.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) dice que formulará muy breves comentarios sobre las impresiones expresadas por los señores Representantes, en particular por el de los Estados Unidos de América, urgiendo en cierta forma que se acelere la designación de los funcionarios internacionales, lo que significa el cumplimiento del programa de la Oficina trazado hace dos años. Expone su opinión de que lo que ocurre con el problema de nutrición en América Latina es que no está en el pensamiento ni en la acción habitual de los jefes locales de centros de salud; él hace esta afirmación en el sentido de que dicho problema no se tiene presente como una actividad ordinaria, a diferencia de lo que ocurre con las otras actividades habituales, como las de saneamiento, inmunizaciones y protección materno-infantil.

Agrega que, de una u otra manera, no se considera la nutrición como un programa ordinario, si bien se reconoce lo fundamental del problema. Ello se debe en parte a la preparación deficiente que los especialistas de salud reciben en las escuelas de salubridad. Por esta razón, considera que la política de la Oficina debiera orientarse desde ahora a este fin práctico: hacer de la nutrición un programa ordinario en el plano de las unidades locales de salud, una más en el conjunto de las actividades destinadas a promover, proteger y restablecer la salud. Con este fin se piensa estimular la discusión en seminarios—que se procurará a toda costa organizar a partir del año próximo—para estudiar administración práctica de salud, estimular una vez más cursos breves de revisión de los conocimientos de nutrición, destinados a administradores prácticos de salud; y desde el ángulo de



la Oficina Sanitaria Panamericana, en la medida que los presupuestos lo permitan y haciendo algunas modificaciones internas, se procurará incluso designar un funcionario asesor por cada país de cierta población, con el fin de poner en marcha esta política, que si bien parece obvia, la verdad es que no se ha practicado en este Continente.

El Dr. Horwitz termina diciendo que de esta manera será posible aprovechar mejor cantidades ingentes de alimentos que están siendo distribuidos u ofrecidos por países que afortunadamente tienen sobreproducción, hasta que con una política agrí-

cola de los países que tiendan en primer lugar a cubrir las necesidades biológicas sin descuidar los intereses de orden económico, se logre producir lo necesario para la población actual y su crecimiento vegetativo.

*Decisión:* Se acuerda encargar al Relator de la Comisión I que prepare un proyecto de resolución recogiendo los puntos de vista expuestos en el curso del debate.<sup>1</sup>

*Se levanta la sesión a las 17 h. 35 m.*

<sup>1</sup> Véase la octava sesión plenaria, págs. 166-167.

### TERCERA SESION

*Miércoles, 29 de agosto de 1962, a las 15 h. 50 m.*

*Presidente:* Dr. JAMES WATT (Estados Unidos de América)

#### **Tema 2.13: Programa de investigaciones**

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, abre la sesión y anuncia que se va a proceder al examen del informe sobre la política y el programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud.

El Dr. ALLEN (Jefe, Oficina de Coordinación de Investigaciones, OSP) manifiesta que el Documento CSP16/35<sup>1</sup> sobre este tema ha tardado muchos meses en prepararse y representa el trabajo de un gran número de consultores expertos. El Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas, reunido en Washington en junio, estudió con todo detenimiento los documentos de trabajo que se le presentaron y formuló las recomendaciones pertinentes. Estas figuran como Anexo III al documento arriba mencionado, junto con los resúmenes de los documentos de trabajo. Como el Dr. Allen sólo pertenece a la Oficina desde febrero último, pide, con la venia del Presidente, que el Dr. Mauricio Martins da Silva haga un breve resumen de la historia de las actividades de investigación desarrolladas por la Organización, antes de presentar el informe relativo

a la política y programa de investigaciones de la misma.

El Dr. MARTINS DA SILVA (Jefe Adjunto, Oficina de Coordinación de Investigaciones, OSP) comienza diciendo que, como saben los señores Representantes, las investigaciones no constituyen una actividad nueva para la Organización Panamericana de la Salud. En una forma u otra se han llevado a cabo durante muchos años en el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) en Guatemala, en el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, establecido en el Brasil, en el Centro Panamericano de Zoonosis, en la Argentina, y por los departamentos técnicos de la Organización. Las primeras investigaciones realizadas en el INCAP comprendieron encuestas de nutrición en poblaciones representativas y estudios que, con el tiempo, condujeron a la producción de su mezcla vegetal No. 9, conocida por el nombre de INCAPARINA. El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa siguió dos líneas prácticas de investigación, a saber, la mejora de las técnicas de aislamiento e identificación de virus, y el perfeccionamiento de los métodos de protección de los animales susceptibles contra la enfermedad. Las actividades de investigación en el

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 9.

Centro Panamericano de Zoonosis se orientaron más bien hacia el reservorio animal que hacia el humano, porque el hombre suele ser el final de la cadena de infección. Muchos de los proyectos de investigación del Centro han estado encaminados a obtener datos relativos a la historia natural, epidemiología y epizootiología de una determinada infección zoonótica.

Además de las investigaciones realizadas en los tres centros antes mencionados, la Organización ha desarrollado o está desarrollando otros trabajos, entre los que figuran los siguientes: 1) el programa de investigación sobre la mortalidad en las Américas, que la Dra. Puffer ha presentado ya detalladamente; 2) el proyecto de investigación en Guatemala, financiado con una subvención del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, que permitió evaluar la prueba de la eardiolipina para la sífilis; 3) el proyecto de investigación sobre la oncocercosis, desarrollado asimismo en Guatemala, que facilitó amplios datos biológicos y ecológicos sobre las moscas *Simulium* y sirvió de base para un estudio piloto relativo al control de los simúlidos en dicho país; 4) los estudios epidemiológicos para esclarecer los problemas de la resistencia del mosquito vector de la malaria a los insecticidas, de la resistencia del parásito de la malaria a las drogas y de la persistencia de la transmisión, acerca de todo lo cual ya ha informado el Dr. Oswaldo da Silva; y, finalmente, 5) los primeros ensayos en gran escala, realizados sobre el terreno, de la vacuna de virus vivo atenuado contra la poliomiélitis, que demostraron la viabilidad de este nuevo método de control de la enfermedad en América Latina.

El Dr. ALLEN (Jefe, Oficina de Coordinación de Investigaciones, OSP) dice que del resumen presentado por el Dr. Martins da Silva se deduce claramente que la Organización cuenta con un historial distinguido en materia de investigaciones. Sin embargo, el Director y los funcionarios de la Oficina estimaron que había llegado el momento de hacer un estudio completo de la política y el programa a seguir en la década próxima. Los resultados de este estudio se describen en el informe del Comité Asesor de la OPS, que figura como anexo al del Director, presentado en el Documento CSP16/35.<sup>1</sup> Durante el cuatrienio hubo tres he-

chos importantes en cuanto al programa y la política en esta materia: el acuerdo entre la OPS y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América para el desarrollo de programas de investigación de interés mutuo;<sup>2</sup> la creación de la Oficina de Coordinación de Investigación en la Sede, y la reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas. El Director está estudiando las propuestas de investigaciones recomendadas por el Comité y el orden de prioridad de las mismas, con vistas a establecer un programa que responda a las necesidades y a las posibilidades de América Latina en ese aspecto. En las páginas 5 a 11 del documento sometido a la consideración de la Comisión se describen en detalle la política de la OPS en materia de investigaciones, la forma de ejecutarla y las medidas financieras necesarias en ese sentido.

El Dr. SÁNCHEZ VIGL (Nicaragua) felicita a la Oficina por el brillante trabajo del Dr. Martins da Silva. Dice que los países tienen esperanza de recibir la cooperación de la Oficina, mediante recomendaciones y publicaciones científicas. Piensa que todo ello será de utilidad para el Ministerio de Salubridad y para los organismos médicos.

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) considera que uno de los aspectos más destacados de la labor que las organizaciones internacionales pueden realizar es precisamente el de las investigaciones. Las exposiciones hechas por los Dres. Allen y Martins da Silva corroboran su punto de vista. Las grandes inversiones financieras que exige este campo de actividades escapan a las posibilidades del mayor número, por no decir de casi la totalidad, de los países de América Latina. El elevado costo del equipo y material necesarios para esta labor, así como la falta de técnicos debidamente capacitados y en número suficiente para hacer frente a los diversos problemas que surgirán, son algunos de los motivos que, dadas las insuficientes asignaciones presupuestarias que se destinan en la actualidad a esta finalidad, impiden llevar a cabo los trabajos de investigación. Señala que los países latinoamericanos experimentan con frecuencia falta de técnicos, así como de equipo y experiencia, que no les permite realizar la labor de investigación. En consecuencia, el interés mostrado por la Organización

<sup>1</sup> Documento mimeografiado, RES 1.19.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 426-427.

Mundial de la Salud y por la Organización Panamericana de la Salud, y los estudios que estas organizaciones vienen fomentando, habrán de tener grandes repercusiones. La inversión de capital en este campo producirá, con toda seguridad y a breve plazo, resultados fructíferos. En cuanto a la forma de utilizar los recursos financieros de que se dispone, dice que sólo puede establecerse un criterio tras un estudio apropiado. En el Brasil se realizan estudios sobre la malaria, en la región amazónica, en relación con la resistencia del plasmodio a la medicación; en otras áreas se trabaja sobre la resistencia de los anofelinos. También se facilita orientación y se llevan a cabo encuestas sobre la planificación y desarrollo de las actividades de vacunación con virus vivos modificados contra la poliomielitis en São Paulo, con el asesoramiento de la Oficina Sanitaria Panamericana. Añade el orador que, en relación con la vacuna de virus vivos modificados contra el sarampión, sobre la que varios países vienen llevando a cabo investigaciones, también en el Brasil se están estudiando las ventajas de esta vacuna y la facilidad de su aplicación.

Refiriéndose al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, establecido en Río de Janeiro, el Dr. Bichat Rodrigues pone de relieve los importantes servicios que esta institución prestó a la Argentina, y que ahora han tenido confirmación en el propio Brasil. El Ministerio de Agricultura de su país ha prohibido a los laboratorios privados la producción de vacuna antiaftosa, por considerarla ineficaz, de acuerdo con las investigaciones llevadas a cabo por el citado Centro. Informa el orador que, además, el Centro está elaborando una vacuna con virus vivo atenuado, sobre la que se han obtenido ya resultados experimentales. Cita a continuación el Centro Panamericano de Zoonosis, situado en Azul, Argentina, que también viene prestando grandes servicios a varios países y que por sus conocimientos epidemiológicos está en condiciones de asesorar en materia de control y prevención de dichas enfermedades.

A continuación pasa a examinar el problema de la rabia entre los animales—que en el Brasil se registra principalmente en el ganado vacuno y equino—estudiado en Mato Grosso y en la región de la isla de Marajó, donde la enfermedad es transmitida por murciélagos hematófagos. Explica el orador que es necesario extender esos estudios a otros

transmisores silvestres de la rabia, particularmente en el sector nordeste, donde las zorras y lobos que se presentan en ciertas épocas del año, cuando es mayor la prevalencia de la enfermedad, llegan hasta el extremo de atacar a las personas en sus propias viviendas. Esto reviste una gran importancia epidemiológica, porque los animales domésticos de ese sector entran en contacto con los mencionados animales silvestres. Por consiguiente, el programa de investigaciones en marcha merece todo el apoyo, pues es un hecho que aquéllas continúan siendo un gran arma para los países que han llegado a su pleno desarrollo económico. El fomento de las investigaciones permitirá dar mayor garantía a la aplicación provechosa de recursos procedentes de las organizaciones internacionales de salud. Refiriéndose al acuerdo entre la Organización Panamericana de la Salud y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, dice que representa una garantía para las investigaciones que viene llevando a cabo la Organización, pues permitirá aprovechar las experiencias que posee el mencionado Servicio en programas de esta naturaleza. Termina felicitando al Director y a sus colaboradores por las actividades desarrolladas en ese campo, que tanta importancia revisten para una organización internacional, pues es precisamente en él donde más fuerza y mayor facilidad de acción tiene la colaboración internacional.

El Dr. BRAVO (Chile) manifiesta su satisfacción por el brillante y completo informe presentado por la Oficina y se adhiere a lo manifestado por el Dr. Bichat Rodrigues respecto a los estudios de las nuevas vacunas de virus vivos contra el sarampión, ensayos que tanto el Brasil como Chile están realizando y de los que esperan sacar conclusiones de interés para todos los países del Continente.

Añade que desea comentar sobre un hecho trascendental en relación con el resumen de los informes cuatrienales de los países de América preparado por la Oficina. En el estudio sobre las causas principales de defunción que aparece en dicho resumen, se puede ver que por lo menos en 13 de los 20 países estudiados figuran, entre las primeras causas, las enfermedades cardiovasculares o los tumores malignos. Esto indica una tendencia en la mayoría de los países de las Américas, en los que, mediante el control y erradicación de las enfermedades transmisibles y la reducción de las cifras de

mortalidad infantil, se está llegando al punto en que las enfermedades crónicas, como las cardiopatías y las neoplasias, se van transformando en fenómeno importante desde el punto de vista de la salud pública. Agrega que se deben iniciar investigaciones en este sentido, como las que ya se están realizando en otros continentes.

A propósito del cáncer, señala el orador que Chile mantiene desde hace más de 30 años un Instituto de Medicina Experimental, que fue fundado por el Profesor Alejandro Lipschütz y ha estado realizando investigaciones especializadas en el campo de la endocrinología experimental. Ha llegado a obtener conclusiones de interés general, aceptadas en todo el mundo, en cuanto a la relación entre determinadas secreciones internas y la aparición del cáncer, y sobre el tratamiento experimental del cáncer mediante la eliminación de las hormonas masculinas o dando artificialmente hormonas femeninas a individuos del sexo masculino. El Instituto tiene la intención de iniciar investigaciones en el terreno de la virología y la inmunología del cáncer. El Dr. Bravo añade que hay en el mundo importantes grupos que sostienen que el cáncer tal vez sea producido por algún virus; y a este respecto, los servicios clínicos del Instituto del Cáncer en Santiago han iniciado investigaciones sobre la quimioterapia del cáncer, con grandes esfuerzos y sacrificios, porque las drogas que actualmente se usan son muy caras y difíciles de obtener. Señala el orador que esta labor se hace dentro de la modestia y los recursos del Instituto, y la ponen a disposición de los colegas de los países de las Américas. Ofrece puestos a dos o tres becarios que quieran trabajar en este terreno, con equipos de cancerólogos, y al mismo tiempo sugiere a la Oficina que estimule este tipo de estudios o colabore en el desarrollo de algunos de los laboratorios existentes, que puedan servir de referencia para estudios de tejidos y para su clasificación y nomenclatura, lo que en cuanto se refiere al cáncer constituye otro problema gravísimo.

El Dr. Quirós (Perú) se adhiere a las manifestaciones de los Representantes que le han precedido en el uso de la palabra y felicita a la Oficina Sanitaria Panamericana por el documento presentado. Se han abordado problemas de singular interés para todos los países de las Américas. Perú tiene especial interés en algunos de ellos, como la

enfermedad de Chagas, la malaria y las enfermedades víricas transmitidas por artrópodos, que están dando lugar a fenómenos migratorios.

Por otra parte, manifiesta que está de acuerdo con la sugerencia del Representante de Chile, en el sentido de que se intensifiquen las investigaciones sobre el cáncer.

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México) comienza diciendo que con su intervención desea estimular a la Oficina de Coordinación de Investigaciones de la OSP. A la vez quiere insistir sobre un documento que ha presentado la Delegación de México sobre el tema que se examina. Cuando los investigadores se sienten estimulados por los servicios de salud pública pueden lograrse éxitos que, de otro modo, parecerían imposibles de conseguir, porque muchas veces los investigadores se encierran en sus laboratorios y olvidan las necesidades de los que tienen que resolver los problemas prácticos en el campo de la salud.

Señala que en México hay 45.000 enfermos de oncocercosis y el tratamiento con hetrazán resultaba difícil, por las reacciones que determina. Entonces se sugirió la conveniencia de que un grupo de investigadores se dedicara a la oncocercosis. Han trabajado hasta encontrar la relación entre los productos destructivos de las microfilarias, que provocan reacciones desfavorables en el paciente. Una vez descubiertas las causas de la reacción fue posible administrar medicamentos con dexametasona y cicloheptadina que, dados antes del hetrazán, evitaban en más de un 90 % las reacciones al medicamento y, por lo tanto, han contribuido a que la campaña sea mucho más efectiva.

Añade el Dr. García Sánchez que está tratando también de que los investigadores aborden el problema del alacrán, que está causando numerosas defunciones en áreas rurales de varios Estados de la costa del Pacífico. Se está tratando de realizar un programa de investigación de la biología de los alacranes en el medio rural mexicano, para después llevar a cabo una campaña intensa.

Al referirse a las encefalitis transmitidas por artrópodos, manifiesta que antes se confundían con la meningitis y ahora, tras los estudios de los biólogos, parece que en algunos casos se trata de encefalitis tipo Venezuela. Otros trabajos importantes han sido los relacionados con las diarreas. Primero se consideraba a los parásitos como causantes

de las diarreas, después a las shigelas y colis y actualmente a algunos virus. Indica, asimismo, cómo los Dres. Albert B. Sabin y Manuel Ramos Alvarez, el último de México, en sus investigaciones más recientes han dado extraordinaria importancia a los virus como determinantes de gran número de diarreas infantiles. Esto trae aparejados cambios fundamentales en la lucha contra las diarreas, en la que se estaban usando mucho la hidratación oral y los antibióticos. Al hallar que más del 30 ó 40 % de estos casos son virosis, se impone el cambio de terapéutica en muchas de estas campañas. Estos mismos investigadores, especialmente Ramos Alvarez, se refieren en sus primeros trabajos sobre resistencia de los virus, a ciertos antibióticos y quimioterápicos, en especial a la sulfadiazina, que se recomendaba ampliamente en anteriores seminarios de lucha contra las diarreas. El acercamiento de estas investigaciones a programas sanitarios es de extraordinario interés y servirá de estímulo para nuevos trabajos.

Se refiere el Representante de México al mal de pinto y dice que, si bien las manchas moradas desaparecen con una sola dosis de penicilina, las manchas cicatriciales blancas quedan siempre, y esto supone un factor importante en la psicología humana. Por primera vez se está haciendo un estudio de tatuaje o multitatuaje en las manchas blancas, que liberará de ese castigo psicológico a grandes núcleos de personas. Estos tatuajes, que antes repugnaban, van a servir ahora para beneficiar psicológicamente a las personas afectadas.

El Dr. OLGUÍN (Argentina) considera superfluo insistir sobre la importancia del tema, pero desea destacar el alto valor del documento presentado por los Dres. Allen y Martins da Silva, que demuestra claramente la labor que desarrolla la Oficina. Añade que de la lectura del documento y de las manifestaciones hechas por los distintos oradores en el curso del debate se desprende que la orientación dada a esa labor en América, tan bien expuesta en el informe de la Oficina, es acertada y contribuirá al mejoramiento de la salud que es, en definitiva, el objetivo final de toda investigación.

El Dr. Olguin destaca la importancia que ello reviste para el mejor resultado de las investigaciones encaminadas hacia la solución de problemas reales de salud, así como de su orientación hacia

los aspectos que concretamente se relacionan con la erradicación de las enfermedades transmisibles, el saneamiento del medio, los factores económicos y la antropología social, debiendo considerarse la disponibilidad de recursos humanos, materiales y económicos, y asegurar el desarrollo de una política que tienda a incrementarlos en lo posible.

Propone que se preste amplio apoyo en ese sentido y se coordine la labor para la ejecución de los programas establecidos, a fin de que los países no se encuentren con problemas técnicos y con carencia de medios para el desarrollo de las investigaciones.

Finalmente agradece la mención hecha de algunos centros que funcionan en su país, ofreciéndolos a los países hermanos para la solución a sus problemas.

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación de los Estados Unidos de América*

El Dr. ANDERSON (Estados Unidos de América) felicita, en nombre de la Delegación de su país, a los Dres. Horwitz, Allen y Martins da Silva por el informe presentado, el programa descrito y los planes futuros. Los Estados Unidos de América, como demuestra su actuación, tienen interés en fomentar las investigaciones no sólo dentro de sus propias fronteras, sino también en otras partes del mundo y, especialmente, en el Hemisferio Occidental. El acuerdo establecido entre la OPS y los Institutos Nacionales de Higiene es una prueba más de ese interés. La Delegación de los Estados Unidos de América considera que la Organización debe hacer cuanto esté a su alcance para intensificar las investigaciones en el plano hemisférico y desea prestar a esta empresa el mayor estímulo posible. Por consiguiente, el Dr. Anderson propone el siguiente proyecto de resolución:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la política y programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud;

Teniendo en cuenta la Resolución XXXVIII aprobada en la XIII Reunión del Consejo Directivo;

Teniendo en cuenta los actuales problemas de salud señalados en la Carta de Punta del Este, cuya solución se aceleraría al llevarse a cabo la política y el programa de investigaciones recomendados;

Advirtiendo que se requiere un importante programa de adiestramiento en investigación;

Observando que se ha recomendado a los Gobiernos que, por medio de consejos nacionales de investigación u otros organismos idóneos, evalúen los recursos nacionales en materia de investigaciones biomédica y de salud pública; y

Considerando la importancia de las investigaciones en el programa de la Organización,

RESUELVE:

1. Expresar su satisfacción por la forma en que la política y el programa de investigaciones vienen desarrollándose y, citando las palabras del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas, "felicitarse al Director, a la Secretaría, al personal y a los numerosos expertos que han prestado su colaboración, por el muy alto nivel de competencia científica alcanzado".

2. Subrayar la importancia del adiestramiento en investigación.

3. Encomendar al Director: a) que realice todas las gestiones posibles para incrementar la labor de investigación de la Organización, inclusive proyectos específicos y su financiamiento, en beneficio mutuo de los países de la Región; y b) que presente informes anuales al Consejo Directivo y un informe sobre los progresos logrados al respecto a la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.

*Se suspende la sesión a las 16 h. 25 m. y se reanuda a las 16 h. 45 m.*

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) elogia asimismo el informe presentado. Agrega que, al trazar los lineamientos de la obra sanitaria que ha de hacerse en materia de investigaciones, el informe tiende a cumplir lo que siempre ha sido un anhelo en los medios de salud pública de las Américas, como lo revela el hecho de que en estas reuniones panamericanas se reclamó muchas veces un plan de investigaciones científicas dirigido directamente por la Oficina. Recuerda cómo en esas reuniones se hicieron autocríticas bastante severas y ello condujo a la organización del Primer Congreso Interamericano de Higiene, que se celebró en La Habana en 1952.

En la Organización, sigue diciendo el Dr. Montalván, se introdujeron aquellas discusiones técnicas como un medio de manifestar estos anhelos de investigación. Celebra que este programa de investigación haya recibido el apoyo del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, y no solamente el apoyo económico sino también el de los técnicos. La técnica de la salubridad consiste en la aplicación de aquellos principios, normas y conocimientos que se derivan de la inves-

tigación científica, y dentro de la administración sanitaria hay que aplicar esas aportaciones de las ciencias básicas. Los investigadores van a proporcionar los dos elementos de la acción sanitaria futura. Este nuevo aspecto de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana complementa admirablemente dos objetivos de la administración sanitaria: recibir y utilizar información técnica y, al mismo tiempo, estimular las investigaciones científicas.

Refiriéndose a los puntos concretos del programa manifiesta que ha revisado el documento con todo cuidado y encuentra que las investigaciones han sido bien orientadas. Algunos puntos requieren, sin embargo, comentarios especiales por parte de los países donde los problemas son más agudos. En lo que se refiere al Ecuador, dice que se le plantean tantos problemas, que cabe mencionar solamente algunos de los más importantes, por ejemplo, el de la peste, al que se ha referido ya el Representante del Perú, y que todavía es un problema común a los dos países.

En el Ecuador han surgido brotes de peste selvática que infectaron sus poblados y se han agotado los esfuerzos para encontrar solución, utilizando todas las medidas que se aconsejan en estos casos. Sin embargo, hay algo que falta por conocer y, en relación con este punto, señala un hecho singular que puede tener interés para los trabajos de investigación: hace pocos meses, investigando en una zona del Ecuador, se encontró un caso sospechoso de la enfermedad. Se puso en manos de un técnico para el diagnóstico, se logró aislar una bacteria con toda la morfología de una *Pasteurella*, y el diagnóstico provisional que se dio fue de peste. Sin embargo, los estudios bacteriológicos que se hicieron no mostraron características de la peste. Lo primero que llamó la atención fue la virulencia relativamente escasa de la bacteria. Otras características atrajeron aún más la atención y, mediante estudios sobre estas bacterias, hechos en colaboración con el Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, se llegó a la conclusión de que no eran pasteurellas de la peste, a pesar de su morfología; se trataba de una bacteria hasta entonces no identificada en el Continente. Había en el Ecuador una enfermedad ignorada, un problema de interés para la investigación científica. El hallazgo de esta bacteria llevó a otras reflexiones, un

poco alejadas de la investigación epidemiológica, porque es cosa curiosa que los focos importantes de esta bacteria han sido encontrados en el sureste de Asia, y sucede que se descubrió en una zona del Ecuador donde también se encontró hace algunos años, en gentes aborígenes, un parásito ajeno al Continente y que existe también en la mencionada zona de Asia. Esta información fue transmitida a un especialista para que pudiera utilizarla en sus investigaciones sobre migraciones humanas.

El Dr. Montalván se refiere seguidamente a la enfermedad de Chagas, que también está comprendida en el programa de investigaciones. Se acepta como un hecho la ineficacia del DDT en el control de los triatomas, y en el Ecuador se ha podido estudiar el resultado de las aplicaciones del DDT en ciertos lugares del país, observándose que en aquellas zonas maláricas rurales donde el DDT ha sido aplicado durante algunos años, casi ha desaparecido el triatoma. Ahora se intenta estudiar el problema en forma más amplia con el objeto de determinar algunas de las características de la especie que se encuentra en el país.

Hay otros problemas para cuya solución necesita ayuda el Ecuador; por ejemplo, la investigación sobre el reservorio silvestre de la peste. Se ha demostrado que el mono es, en el Ecuador, un reservorio de primera clase porque es animal que no sucumbe a la enfermedad y muy raramente presenta manifestaciones viscerales o del desarrollo del parásito. Agrega que dichos monos tienen una etapa muy larga de parasitosis, lo que aumenta el peligro de este reservorio como infectante de los insectos transmisores.

El Dr. Montalván añade que en los últimos tiempos ha venido hablándose de la posibilidad de la importancia epidemiológica de la transmisión de la malaria de los monos al hombre y dice que existen zonas donde la malaria es más persistente de lo explicable por las posibles deficiencias del rociamiento; son zonas de densidad de monos bastante elevada, donde sería interesante realizar una investigación especial. Este fenómeno merece tomarse en consideración desde el punto de vista epidemiológico. La presencia del parásito de la malaria en los monos y su interrelación con el hombre pueden tener importancia en el futuro. Se están haciendo investigaciones, aunque limitadas, del problema de la hemohistoplasmosis en su medio, y cree

que la zona tropical del Ecuador podría ser terreno fecundo para la investigación de nuevos hongos, capaces de producir antibióticos que permitan combatir numerosas enfermedades resistentes a los medicamentos actuales.

El Dr. NICHOLSON (Reino Unido) manifiesta que, como el Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas ha recomendado que "cada país, mediante un consejo nacional de investigación o por algún medio, estudie a fondo los programas en materia de salud y ciencias afines...", desea informar de que en 1956 se estableció un Consejo Asesor Permanente en Investigaciones Médicas, con el objeto de estimular esta labor en las islas británicas del Area del Caribe y en la Guayana Británica. Se reunió por primera vez dicho año y posteriormente ha celebrado reuniones cada dos años. Este Consejo Asesor está integrado por tres miembros del Consejo de Investigaciones Médicas del Reino Unido, determinados decanos de facultades del "University College of the West Indies" y los jefes de los Servicios Médicos de cada territorio de la zona. Aparte de estimular las actividades de investigación, el Consejo ha proporcionado al personal médico la oportunidad de familiarizarse con los problemas médicos y sociales de los distintos territorios. Se han realizado investigaciones en varias materias, entre ellas, la diabetes, malaria, fiebre tifoidea, etc., y se ha recibido asistencia técnica del Departamento de Cooperación Técnica del Reino Unido, de la OMS y de los Institutos Nacionales de Higiene de los Estados Unidos de América. Se encuentra en fase de ejecución un ensayo en gran escala de vacunas contra la fiebre tifoidea preparadas por el Centro de Investigaciones Médicas del Hospital Militar "Walter Reed" y se espera que los resultados del ensayo sean concluyentes.

El Dr. Nicholson termina felicitando, en nombre de la Delegación del Reino Unido, al Director y funcionarios de la Oficina por el excelente informe presentado, y expresa la seguridad de que la realización de las propuestas formuladas contribuirá en gran medida a estimular las investigaciones médicas en los países de las Américas.

El Dr. CASTILLO (Venezuela) felicita asimismo a la Oficina por el informe presentado. Dice que probablemente ningún otro programa de los que realiza la Oficina tiene mayor proyección continental ni

mayor importancia que éste. El programa de investigaciones encaja perfectamente dentro de las estipulaciones del Código Sanitario Panamericano y de los propósitos de la Organización Panamericana de la Salud.

En Venezuela, continúa diciendo el Dr. Castillo, ha habido siempre, dentro del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, una gran preocupación por las investigaciones relacionadas con la salud, que este año han recibido un gran estímulo gracias a la Comisión de Fomento de Becas, creada por resolución del Ministerio en diciembre pasado y establecida en febrero del presente año. Uno de los cuatro comités de esta Comisión es el de Investigaciones, en el que está representada la Universidad. Este comité coordina todas las actividades relacionadas con las investigaciones que interesan al Ministerio.

Se refiere específicamente a un punto contenido en el informe, que le parece de la mayor trascendencia. Es el hecho de la escasez de personal capacitado, que en este caso tiene especial gravedad. Es difícil, en efecto, conseguir jóvenes que se interesen por la labor de investigación, y cree que la Organización podría hacer mucho mediante el establecimiento de relaciones con las universidades, a fin de señalar a los jóvenes investigadores la utilidad de estos trabajos y las oportunidades que ofrecen para el futuro.

Sería necesario, aparte del estímulo mismo, establecer patrones de selección y también resultaría de gran utilidad para los países que la Organización señalara algunas orientaciones de carácter general sobre la forma de seleccionar los futuros candidatos para los trabajos de investigaciones científicas. A este propósito, señala que el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, adscrito al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, tiene normas para la selección de candidatos, normas que son estrictas.

El Dr. PÉREZ ARCHILA (Colombia) comienza diciendo que el número de intervenciones suscitadas por este tema de las investigaciones demuestra su importancia en los distintos países. Estima que este interés se ve acrecentado con las exposiciones que han hecho los Dres. Allen y Martins da Silva y anuncia que su intervención se concretará a las investigaciones auspiciadas en Colombia por la Oficina

Sanitaria Panamericana. La Oficina dotó a la Universidad del Valle, en la ciudad de Cali, de un laboratorio destinado a investigaciones sobre enterovirus, habiendo preparado técnicos en cultivos de tejidos, técnicos que posteriormente han trabajado en el Instituto Nacional de Salud y en algunas universidades.

Andes, Antioquia, ha sido la primera ciudad del mundo en donde se hizo un trabajo completo sobre vacuna de virus vivo de la cepa Cox, con la aplicación de los tipos I, II y III de virus de poliomieltitis administrados separadamente. Después se hicieron investigaciones más extensas en Bogotá y Medellín, trabajos en los que colaboró también la Oficina Sanitaria Panamericana. Entre las actividades de investigación, en las que han colaborado el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y la Oficina con personal e investigadores nacionales, destaca el Dr. Pérez Archila los trabajos realizados por el Instituto Carlos J. Finlay, de Bogotá.

Para demostrar la importancia que da el Ministerio de Salud Pública a la investigación, informa cómo se unificaron los diferentes institutos dedicados a investigación—Samper Martínez, Carlos J. Finlay y Federico Lleras—creándose con ellos el Instituto Nacional de Salud, para el cual se construirá un edificio completamente adaptado a los fines de investigación y cuyos planos han sido ya estudiados y aprobados. Señala finalmente que en un reciente seminario sobre “La enseñanza de la medicina preventiva en las facultades de medicina”, se dio especial importancia y se otorgó prioridad a la investigación, a fin de que las universidades sean el semillero de futuros investigadores.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) agradece en nombre de todo el personal las palabras tan estimulantes de la Conferencia al programa de investigaciones de la Oficina, lo que interpreta él como el deseo de los Representantes de llevarlo a la práctica en la medida que lo permitan las disponibilidades presupuestarias. Destaca al mismo tiempo que todo ello ha sido posible gracias al convenio que tuvo el honor de suscribir con el Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, y a la primera asignación que concedieron la Organización y los Institutos Nacionales de Higiene de dicho país, con lo cual, repite, ha sido posible organizar este programa y



obtener los servicios de consultores de primera calidad en distintos campos y del Comité Asesor, cuyos miembros, con su solo nombre, revelan lo que son. Su informe será distribuido ampliamente, dada la importancia de su contenido y sus proyecciones.

Cree que en este momento procede seguir dos líneas fundamentales de acción: por un lado, transformar en proyectos específicos la multitud de recomendaciones sintetizadas en el informe presentado, procurando obtener los fondos necesarios para llevarlas a la práctica, y por el otro, de acuerdo con lo sugerido por el Dr. Castillo, de la Delegación de Venezuela, organizar un programa de adiestramiento en investigación, dirigido tanto a estudios definidos como a la formación de investigadores. Estos podrán, a su vez, mejorar la calidad de la enseñanza, porque no debe olvidarse que en los países de la América Latina la investigación científica está fundamentalmente centrada en las universidades, a diferencia de lo que ocurre en los países tecnológicamente avanzados, en los cuales la investigación científica se realiza también en parte importante por organizaciones privadas de la gran industria.

Estima que este proyecto, ya en preparación, debe abarcar centros de todo el Continente, porque en la América Latina, como ha señalado el doctor Allen, existen hoy en día algunos centros de calidad suficiente para recibir y formar estudiantes en disciplinas que interesan a la Organización. Un buen ejemplo de ello, añade, es el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Gracias a la comprensión de los Gobiernos de esa región pudieron formarse profesionales en dichos países, que hoy día son expertos en sus materias, reconocidos en el mundo entero.

Para finalizar, señala que hay un talento de alta calidad en las Américas, y que el deber de la Organización, si cuenta con los recursos necesarios y con el respaldo de los señores Representantes, es dar a dicho talento las oportunidades que merece para florecer y prestigiar a los respectivos países.

*Decisión:* Se acuerda encargar al Relator de la Comisión I que prepare un proyecto de resolución recogiendo los puntos de vista expuestos en el curso del debate.<sup>1</sup>

### **Tema 2.3: Informe sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas**

*Exposición del Jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles de la OSP*

El Dr. BICA (Jefe, Departamento de Enfermedades Transmisibles, OSP) comienza señalando el interés y preocupación de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS por el problema de la viruela en las Américas y su erradicación. Añade que la viruela puede y debe ser erradicada de las Américas. Los países en los cuales es aún prevalente producen vacunas efectivas, en cantidad suficiente, y cuentan con experiencia para la organización de programas de esta naturaleza. El problema puede ser presupuestario, especialmente en materia de personal y equipo. Sin embargo, no debería este hecho interferir con las repetidas resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización, relativos a acelerar la erradicación de esta enfermedad.

Al definir el concepto de erradicación de la viruela, la XII Reunión del Consejo Directivo (octubre de 1961) indicó que "...se acepta generalmente que la vacunación correcta del 80 % de cada uno de los sectores de la población, dentro de un período no mayor de cinco años, da como resultado la desaparición de la viruela".<sup>2</sup> Si se observa el número de vacunaciones realizadas en las Américas en el período de 1958 a 1961, como aparece en el cuadro 14 del Informe Cuadrienal del Director (pág. 53), y en el cuadro 2 del Documento CSP16/11<sup>3</sup> se comprueba que el nivel de inmunidad en los países está muy por debajo del mínimo indispensable. Tan importante como erradicar la enfermedad es mantener un buen ritmo de inmunizaciones para evitar brotes epidémicos, que hoy pueden llegar de cualquier país del mundo, dada la velocidad creciente de los medios de comunicación.

La Organización ha cumplido y está cumpliendo con los cometidos que le han asignado sus Cuerpos Directivos. Se ha prestado asesoramiento en la producción de vacunas, en la formación de técnicos, en la provisión del equipo indispensable y en la estructuración adecuada de los programas de erradicación. Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cu-

<sup>1</sup> Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 172.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 36, 301.

<sup>3</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 4.

ba, Chile, Ecuador, México, Perú, Uruguay y Venezuela cuentan con laboratorios, equipo apropiado y técnicos capacitados para producir vacuna antivariólica glicerinada y desecada en cantidad suficiente para atender las necesidades internas de cada país y para facilitar a los países y territorios que no la producen, pero que la necesitan. Se han puesto a disposición de los Gobiernos los servicios de un laboratorio de prestigio internacional para realizar las pruebas de pureza y de actividad de las vacunas elaboradas en los laboratorios nacionales, y se han tomado las disposiciones necesarias para continuar esta labor hasta la eliminación de la enfermedad.

En 1951 había viruela en 15 países y territorios de las Américas; en 1958, en siete, y sólo en cinco en 1961. Con el desarrollo de programas nacionales de vacunación, la enfermedad desapareció o se redujo rápidamente en aquellas zonas en que prevalecía anteriormente; ahora se mantiene sólo en países en que no se han iniciado todavía programas de erradicación, o donde éstos han sido interrumpidos o no se han llevado a cabo con el debido rigor. La viruela ha desaparecido de Bolivia, Chile, México, Paraguay, Perú y Venezuela. Está próxima a desaparecer en Colombia y Argentina.

Mientras exista la enfermedad en el Hemisferio, los países que ya han erradicado la viruela deben continuar sus esfuerzos para mantener el porcentaje de personas inmunes logradas con los programas de erradicación.

En América Central, Panamá y el Area del Caribe, donde la mayor parte de la población es susceptible a la viruela, se recomienda la adopción de medidas encaminadas a elevar el porcentaje de la población inmune, para evitar la aparición y propagación de la enfermedad como consecuencia de casos importados. En Costa Rica, Guatemala, Haití, Honduras y la República Dominicana se han adoptado medidas o se aplicarán pronto para el desarrollo de programas de vacunación antivariólica destinados a elevar el nivel inmunitario contra la viruela en sus respectivos territorios. Entre los años 1947 y 1961, los países y territorios de las Américas notificaron a la Oficina Sanitaria Panamericana 165.846 casos de viruela.

El cuadro A muestra la distribución de la enfermedad en el Hemisferio Occidental, por países y por años. A partir de 1951, el total de casos se

mantuvo más o menos a un mismo nivel hasta 1954, año en que ocurrió un aumento considerable, para luego disminuir progresivamente hasta 1958, volver a subir después y declinar en 1961.

De los 1.923 casos de viruela notificados a la OSP en 1961, 1.411 (73,4 %) correspondieron a la ciudad de Río de Janeiro; 491 (25,5 %) al Ecuador; 16 (0,8 %) a Colombia; 4 (0,20 %) a la Argentina y un caso importado en el Uruguay.

El Dr. Bica informa que en 1962, hasta el 20 de agosto, Argentina ha notificado tres casos de viruela; Brasil, 597 (corresponden exclusivamente al Estado de Guanabara); Canadá, uno (importado); Colombia, 14; Ecuador, 103; Uruguay, uno (importado), y Venezuela, 11, lo que hace un total de 730 casos.

El éxito brillante de la eliminación de la viruela en la mayor parte de los países americanos, conseguido con grandes esfuerzos, se ve ensombrecido por la persistencia de focos importantes de la enfermedad en medio de áreas ya libres de ella. En estas condiciones, los programas ordinarios de vacunación antivariólica que alcancen a no menos del 80 % de la población de cada país, realizados en plazos que no excedan de cinco años, continuarán siendo necesarios para evitar la reintroducción de la viruela en esos países. Tal medida, que trae consigo una serie de consecuencias económicas y administrativas, sólo será innecesaria cuando se logre la erradicación de la viruela en escala continental.

El Dr. Bica concluye señalando que el Brasil y Ecuador son en la actualidad los focos principales de viruela en el Continente americano. El Ecuador tiene un programa de erradicación en marcha que, con los cambios introducidos últimamente por el Gobierno en el orden económico y administrativo, más la asistencia material extraordinaria dada por el Fondo de Emergencia de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, AT/NU y la OSP, hace suponer que llegará a su fin dentro de los próximos dos años. En cuanto al Brasil se refiere, es preciso que se dé la mayor celeridad posible a las actividades que acaban de iniciarse, de modo que el programa de erradicación de la viruela alcance la fase de pleno desarrollo en el plazo más breve posible.

*Se levanta la sesión a las 17 h. 40 m.*

## CUARTA SESION

*Jueves, 30 de agosto de 1962, a las 20 horas*

*Presidente: Dr. JAMES WATT (Estados Unidos de América)*

**Tema 2.3: Informe sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas (conclusión)**

El PRESIDENTE, después de comprobar que existe el quórum reglamentario, abre la sesión y anuncia que va a continuar el examen del informe sobre la erradicación de la viruela, iniciado en la tercera sesión.

*Informe de la Delegación del Brasil*

El Dr. MORAES (Brasil) hace constar su sentimiento al comprobar que el Brasil constituye el foco más importante de viruela en las Américas, aunque ello no sea un motivo de pesimismo, ya que a comienzos del año actual se inició la campaña para la erradicación de dicha enfermedad, contándose, por primera vez, con los recursos necesarios o por lo menos con los elementos para llevarla a buen término. Señala que el país dispone de vacuna liofilizada de buena calidad, ya experimentada en cerca de 400.000 vacunaciones. En la actualidad, gracias a la cooperación y asesoramiento de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Instituto Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro, está produciendo un millón de dosis al mes y, cuando próximamente entre en funcionamiento el segundo liofilizador, se espera una producción de un millón de dosis por semana. Asimismo manifiesta que, merced a la misma colaboración internacional, se produce vacuna antivariólica en los Estados de Pernambuco y de São Paulo.

Dice que, por otra parte, los trabajos iniciados en el Estado de Sergipe han permitido vacunar a unos 700.000 habitantes, es decir a la mayoría de la población de dicho Estado, con lo cual se darán por terminadas en breve las actividades de la campaña en el mismo.

Subrayando la gran importancia del problema en el Brasil, indica que en un país con 70 millones

de habitantes, con zonas de difícil acceso, como sucede en la región del Amazonas, es necesario movilizar un considerable número de vacunadores y proceder a una revisión de las técnicas empleadas hasta ahora, optando por utilizar aquéllas que han dado últimamente los mejores resultados.

El Dr. Moraes concluye expresando la esperanza de que con los actuales recursos nacionales y la cooperación de la Oficina, y también con la mejora de las condiciones ambientales como consecuencia de los programas previstos con arreglo a la Alianza para el Progreso, se podrá presentar un cuadro más satisfactorio de la situación del Brasil, en lo que respecta a viruela, cuando se celebre la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.

*Informe de la Delegación del Reino de los Países Bajos*

El Dr. VAN DER KUYP (Reino de los Países Bajos) dice que lamenta que no se hayan incluido en el Documento CSP16/11, sobre el tema de la erradicación de la viruela en las Américas, los datos relativos a Surinam, ya que los resultados obtenidos en este campo constituyen motivo de orgullo para el país. Agrega que en Surinam sólo se registraron epidemias de viruela en la época de la esclavitud y que los últimos casos autóctonos fueron registrados en 1880; el último caso importado se produjo en 1920. Añade que la primera vacunación se llevó a cabo en 1801, cuando Surinam estaba ocupado por la Gran Bretaña.

Manifiesta que en Surinam la vacunación antivariólica es una condición ineludible para todos los niños; precisamente la enseñanza primaria es obligatoria desde 1877, y desde 1904 todos los niños que se registran en las escuelas deben ser vacunados. Hace constar que, a pesar de que se considera erradicada la viruela, se mantiene una constante vigilancia.

### *Informe de la Delegación de la Argentina*

El Dr. OLGUÍN (Argentina) manifiesta que la tarea de la erradicación de la viruela fue acometida en su país con la elaboración de una vacuna antivariólica de óptima calidad y con la planificación y ejecución de un programa nacional de vacunación antivariólica en masa. Señala que el Instituto Nacional de Microbiología, de Buenos Aires, produce vacuna antivariólica que satisface los requerimientos internacionales mínimos establecidos al respecto.

Hace constar que el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública puso en ejecución, a partir de octubre de 1960, el plan nacional de vacunación antivariólica en masa, programa que se halla en plena realización. La Dirección de Enfermedades Transmisibles ha elaborado una metodología precisa que asegura una coordinación centralizada y una ejecución descentralizada, acompañada de una evaluación conjunta, todo lo cual permite lograr un elevado porcentaje de reacciones satisfactorias.

El Dr. Olguin indica que el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública desarrolla una política basada en convenios bilaterales específicos establecidos con cada una de las provincias, en virtud de los cuales el Ministerio Nacional se obliga a suministrar la linfa vaccinal y a proporcionar el asesoramiento técnico y los recursos necesarios, en tanto que las provincias se comprometen a vacunar a la totalidad de sus habitantes en un plazo variable y a mantener este nivel de protección de acuerdo con los requerimientos mínimos correspondientes.

Agrega que la evaluación de la tarea y sus resultados se lleva a cabo por funcionarios especializados del Gobierno de la nación, pudiendo afirmarse que el éxito del programa de erradicación de la viruela estribará en el estricto cumplimiento de las normas fundamentales.

Informa que desde que rige este programa nacional, en el período de 1960-1961 se efectuaron 6.843.541 vacunaciones, de las cuales 5.621.896, o sea, un 65,7 % dieron resultado satisfactorio.

El Dr. Olguin señala que la Argentina cumple estrictamente con los compromisos contraídos en el Acuerdo Sanitario Panamericano de los países del Río de la Plata, firmado en 1948, y con el Reglamento Sanitario Internacional. Agrega que en

cuanto a los problemas interpaíses y a la colaboración mutua, sería necesario intensificar la vigilancia del tránsito de fronteras, no sólo por los puertos, aeropuertos y pasos de uso común, sino también a lo largo de toda la línea fronteriza, para evitar la infiltración de enfermos o de personas que se encuentran en período de incubación, siendo asimismo imprescindible que se cumpla rigurosamente la exigencia del certificado internacional de vacunación antivariólica para viajar de un país a otro.

En cuanto al costo del programa que se desarrolla, señala que el plan nacional de vacunación previsto absorberá la suma de 98.011.201 pesos. Precisa que el programa ha sido planificado con todo detalle, por lo que se espera cumplir ampliamente el fin perseguido, es decir, la protección de la población del país en un nivel superior al 80 por ciento.

### *Informe de la Delegación del Ecuador*

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador) manifiesta que el programa de erradicación de la viruela comenzó a desarrollarse en el Ecuador en 1958, de conformidad con un convenio establecido con la Organización Panamericana de la Salud. Dicho convenio fija un plazo de cinco años para la vacunación, casa por casa, del 80 % de la población, utilizándose la vacuna que prepara el Instituto Nacional de Higiene.

Señala las dificultades encontradas en el curso de los tres años y medio transcurridos desde que se inició la campaña. Esas dificultades son de varias clases: presupuestarias, administrativas y técnicas. Razones de tipo fiscal habían retardado el pago, no sólo de las asignaciones para los gastos, sino también de los sueldos de los funcionarios o empleados, lo que ha quedado solucionado con el Decreto Ley de Emergencia Económica de 9 de febrero de este año, que establece la consignación automática de las partidas fijadas para el programa. Las de carácter administrativo se referían a la centralización que regía para los nombramientos, lo que restaba agilidad a la ejecución del programa. Añade que actualmente se ha logrado que la Dirección General de Sanidad, a petición del Servicio de Erradicación de la Viruela, tramite lo concerniente a licencias, vacaciones, reemplazo de personal, etc., lo que ha acelerado en

gran medida los trámites burocráticos de la campaña. En la renovación del convenio, que se verificará en 1963, se solucionarán los restantes problemas de personal. Señala asimismo deficiencias en los servicios de transporte, las cuales han quedado solucionadas con la donación de 11 vehículos recibidos de organismos internacionales por medio de la Oficina.

Con respecto a los problemas de orden técnico, el Dr. Nevárez afirma que la vacuna es de muy buena calidad, pero se produce en cantidad insuficiente para mantener un margen de seguridad; por ello se amplían las instalaciones para su preparación, y espera que antes de que transcurran tres o cuatro meses se habrá solucionado esta cuestión.

En cuanto a la resistencia que ofrece la población indígena a la vacunación, manifiesta que en el transcurso de 1960 y hasta abril de 1961 se advirtió la oposición de grandes sectores de dicha población a la vacunación y que igual fenómeno se ha observado este año; hay un total aproximadamente de 70.000 habitantes de dichas regiones que eluden la vacunación.

Indica que esta resistencia se desarrolla actualmente con mayor agresividad, hasta llegar a constituir una constante inquietud para los administradores de salud pública, debido a que el programa de lucha contra la viruela está coincidiendo con el levantamiento de un censo agropecuario que se realiza en dichas regiones y que inspira desconfianza a núcleos de población de bajo nivel cultural. Declara que se trata de obviar tal dificultad intensificando las actividades de educación de las poblaciones, en especial de la indígena, en materia de salud.

El Dr. Nevárez termina diciendo que hasta el 30 de junio de 1962 se habían vacunado 2.219.605 personas; es decir, el 51,1 % de la población. El resto será vacunado en los 18 meses que faltan para la terminación del programa, pudiendo considerarse como muy halagüeño el resultado ya obtenido. En 1959 hubo 1.140 casos de viruela; en 1960, 2.185; en 1961, 491 casos y en los ocho meses transcurridos de 1962, sólo ha habido 104. Se han cubierto los dos tercios del área y se han consignado en el presupuesto nacional las sumas necesarias para proseguir la campaña en la forma que se requiere para mantener el nivel de inmunización.

#### *Informe de la Delegación de Francia*

El Dr. HYRONIMUS (Francia) manifiesta que desde hace ya más de 10 años no se ha registrado un solo caso de viruela en los tres Departamentos franceses de América. El único que ha sido señalado en las estadísticas no es un caso autóctono y, como no ha sido más que uno, prueba que las poblaciones de dichos Departamentos se encuentran relativamente inmunizadas. Añade que ello no quiere decir que no se tema un retorno de la viruela; para evitarlo y para que la inmunización sea definitiva y total será menester que se efectúen vacunaciones muy regulares, ya que al cabo de tres años un determinado número de personas pierde la inmunización.

Señala que todos los miembros del personal hospitalario y cuantas personas están obligadas, por sus funciones, a entrar en contacto con enfermos o con viajeros que puedan ser transmisores de la enfermedad, son sometidos a una inmunización regular, y que se exigen los certificados de vacunación antivariólica como trámite previo para tomar parte en toda clase de exámenes, ingresar en centros de enseñanza o desempeñar empleos.

El Dr. Hyronimus pone de manifiesto la importancia que tiene la estrecha vigilancia de las zonas fronterizas y recuerda que hace unos seis meses se registraron en Europa algunos casos de viruela, importada por viajeros que llegaron en avión procedentes de Asia; estos casos se produjeron en Alemania y en Inglaterra dando lugar a fallecimientos. Insiste a este respecto en la necesidad de que se exija en todos los países, con el mayor rigor, el certificado internacional de vacunación.

#### *Informe de la Delegación de Venezuela*

El Dr. ORELLANA (Venezuela) dice que va a referir con algún detalle la última experiencia de su país en materia de viruela, que fue señalada por el Dr. Bica al hacer la presentación del tema que se está discutiendo. Después de una vigorosa campaña de vacunación antivariólica, comenzada en 1949 y que alcanzó, al cabo de varios años, la protección del 80 % de la población, se registraron en Venezuela algunos casos de viruela en los primeros meses de 1956. Agrega que en

septiembre de 1961 se notificaron casos de varicela en una localidad de la región sur-oriental extrema del país, limítrofe con el Brasil. La investigación realizada entonces, que estuvo a cargo de un epidemiólogo enviado desde Caracas, confirmó el diagnóstico de varicela; a pesar de lo cual se hicieron las investigaciones de laboratorio acostumbradas. En enero de 1962 se notificaron nuevos casos y se repitió la misma investigación, con resultado negativo. En marzo siguiente, con el objeto de conocer la extensión de la epidemia y de realizar vacunaciones antivariólicas en convalecientes, para lograr un diagnóstico definitivo, se ordenó una tercera visita de un médico epidemiólogo, el cual pudo comprobar cinco reacciones vacunales o primarias en convalecientes de la enfermedad eruptiva. Se pudo comprobar asimismo que nueve personas con anteriores cicatrices de vacuna padecieron también la enfermedad en un internado para niños indígenas.

El Dr. Orellana informa que en el mismo mes se examinaron de nuevo cuatro muestras de costras para estudios virológicos, muestras que en esa ocasión fueron declaradas como positivas para el virus del alastrim. En vista de la discrepancia entre los diagnósticos anteriores y este último, se solicitó la comprobación por un laboratorio extranjero, a cuyo fin se enviaron muestras al Departamento de Bacteriología de la Universidad de Liverpool. El resultado, que se recibió al cabo de dos meses aproximadamente, fue positivo para viruela. Hace constar que entre los exámenes efectuados en el país para las primeras muestras, que dieron un resultado negativo, y para las últimas, que fueron positivas, ocurrió un cambio de técnica en el diagnóstico, que consistió en utilizar el método de aislamiento del virus según la técnica de Dumbell-Bedson a la temperatura de 35 grados centígrados.

Manifiesta que se registraron en total 11 casos de viruela, todos en población indígena de la raza Pemón, que vive en las inmediaciones de la frontera venezolano-brasileña y cuyos movimientos entre ambos lados de la frontera no es posible conocer ni controlar. Por esta misma circunstancia, por el hecho de que la localidad en donde estos casos aparecieron no tiene comunicaciones terrestres con el resto del país, por no haberse observado casos de viruela en el país desde hacía seis años (hecho cuidadosamente controlado a través de las investigaciones del virus en las costras de casos sos-

pechosos ocurridos en otras áreas) y porque se sabía que había viruela en las áreas fronterizas del Brasil, cuyas condiciones de protección antivariólica no eran conocidas, se ha llegado a la conclusión epidemiológica de que el caso o los casos primarios de este brote se originaron al otro lado de la frontera venezolana.

El orador subraya que esa experiencia epidemiológica viene a confirmar que se han cumplido los requisitos que se aceptaron en la última reunión del Consejo Directivo de la Organización para declarar la erradicación de la viruela en un país, y señala que la ausencia de casos durante más de tres años en un territorio puede permitir que en el mismo se considere erradicada la enfermedad; pero que si no se mantiene la protección del 80 % de la población, mediante campañas efectivas de vacunación, el virus importado de otras áreas puede prender en la población y originar brotes epidémicos. A su juicio, el esfuerzo de los países para mantenerse libres de viruela deberá perseguir como mínimo que cada año se vacune una cuarta parte de su población en los sectores en que sea menester hacerlo. Por otra parte, considera que este esfuerzo debe ser simultáneo e igualmente efectivo en todos los países, ya que de otro modo no se podrá garantizar en ninguno de ellos que el virus no encontrará condiciones favorables para su desarrollo en las poblaciones.

Termina diciendo que es evidente que, aun cuando los países completen ciclos de vacunación antivariólica en condiciones ideales o vecinas a ellas, y hayan estado tres o más años sin viruela, la presencia de la enfermedad en países limítrofes cuya población penetra en sus áreas por sitios en los que es imposible ejercer control, les obligará a resignarse a que en cualquier momento tengan algunos casos de viruela importada.

#### *Informe de la Delegación de Honduras*

El Dr. JAVIER (Honduras) indica que el Ministerio de Salud Pública de su país sigue atento al problema de la viruela, pues aun cuando hace muchos años que no se ha presentado ningún caso, existe un riesgo potencial ya que en otros países hay personas infectadas por esta enfermedad y pueden transmitirla.

Manifiesta que, por razones de orden económico,

no ha sido posible desarrollar anteriormente un plan nacional de vacunación, y sólo se han practicado vacunaciones en un número reducido de casos, principalmente a los emigrantes. Añade que, desde luego, se ejerce vigilancia con los inmigrantes de otras latitudes, pero en las fronteras hondureñas, en las que existe un intercambio migratorio considerable, esa vigilancia no se lleva a cabo con la misma intensidad.

En el último cuatrienio se ha efectuado la vacunación antivariólica de 26.446 personas, lo cual manifiestamente es una proporción muy reducida. Teniendo en cuenta el peligro potencial que para todos representa la existencia de focos de viruela en otros países, el Ministerio de Salud Pública, a través de su Dirección General, ha organizado una campaña de vacunación nacional, que se prevé alcanzará a más de 500.000 personas y se realizará en un plazo de cuatro meses que finalizará en el mes de octubre del presente año. Dice que se han hecho los preparativos para la campaña, habiéndose procedido previamente a la obtención de los materiales y del equipo necesarios, adiestramiento de personal, etc., en todas las unidades de salud existentes en el país, dependientes de la Dirección General de Salud Pública.

Señala que cuando se empleaba alcohol etílico para preparar la piel, una gran proporción de las vacunas no prendían, lo cual se interpretó como ineficacia del nuevo procedimiento de escarificación con el polvillo esmerilado; pero se cambió el uso del alcohol por el de la acetona, manteniendo el procedimiento del polvillo, habiéndose comprobado que da buen resultado.

Por último, el Dr. Javier informa que el Gobierno de Honduras terminó recientemente la construcción de un edificio destinado a la elaboración de vacunas y otros productos biológicos, cuyas instalaciones comenzarán a funcionar en enero de 1963.

#### *Intervención del Representante de los Estados Unidos de América*

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) declara que la Delegación de su país ha seguido con gran interés el debate sobre los programas contra la viruela. Añade que, habiendo asistido como delegado a las reuniones de la Organización

celebradas en los últimos 10 años, ha podido apreciar los notables progresos logrados en la campaña de erradicación de la viruela en las Américas que, al parecer, casi está a punto de lograrse. Esos progresos se deben a los propios Gobiernos de las Américas, ya que ningún país ha recibido asistencia en gran escala como la que se ha facilitado para la erradicación de la malaria. Sería conveniente que la Conferencia estableciera un plazo definitivo para terminar la erradicación de la viruela, por ejemplo, cinco años. Termina diciendo que le complacería escuchar la opinión de los Representantes del Ecuador, Brasil y otros países sobre este punto.

#### *Informe de la Delegación de Colombia*

El Dr. PÉREZ ARCHILA (Colombia) manifiesta que el día 10 de abril del corriente año su país dio por concluida la campaña de erradicación en su etapa masiva. Informa que la erradicación de la viruela se inició en Colombia el 12 de octubre de 1955 y que, al darse por terminada la campaña, se había alcanzado un nivel de inmunización del 79 % del promedio de la población estimada y del 93 % del censo que sirvió de base al programa, el cual tuvo una duración de 75 meses y 10 días, con un costo global superior a los siete millones de pesos.

Indica que se llevó a cabo una campaña domiciliaria en el transcurso de la cual se logró cubrir el 79 % del territorio nacional, llegándose a conclusiones muy interesantes en aspectos tales como los relativos al rendimiento de personal y al empleo de nuevos métodos en la vacunación.

Dice que el personal empleado en las zonas rurales y poblaciones pequeñas en el interior del país fue masculino; en Bogotá y algunas otras capitales se utilizó personal femenino.

El Dr. Pérez Archila alude a la cuantía de los costos y dice que al iniciarse el programa, en 1955, cada vacunación costaba 1,63 pesos, lo que obedecía a los gastos inherentes a la preparación de personal, formularios estadísticos y compra de vehículos, así como al bajo rendimiento propio del comienzo de una actividad de esta clase. En 1958, el costo bajó a 0,44 pesos, pero en 1961 volvió a subir a 1,01 pesos, habiendo incidido fundamentalmente este aumento en el déficit presupuestario. La falta de recursos obligó a suspender las acti-

vidades durante dos meses y medio; y el orador destaca el hecho de que tal suspensión de actividades, su reanudación, el transporte del personal desde los lugares de trabajo a Bogotá y nuevamente a aquellos lugares, hizo que el costo de cada vacunación subiera a la cifra antes indicada de 1,01 pesos.

Manifiesta que en 1954 se observaron 7.203 casos de viruela, siendo esa la cifra más alta registrada en el país, lo que determinó a las autoridades a emprender una enérgica campaña para la erradicación. En 1962 solamente se han registrado hasta ahora 16 casos, habiendo tendencia a un descenso casi vertical del número de casos, y por consiguiente de la morbilidad de la viruela en el país, después de la ejecución de dicho programa.

En cuanto a la actividad de la vacuna dice que, en casi todos los muestreos realizados, el 10 % de la población vacunada pasaba del 90 % de positividad, aspecto que revela la calidad de la vacuna y la eficacia de la técnica empleada. Refiriéndose al rendimiento de personal, afirma el Dr. Pérez Archila que se ha llegado a la conclusión de que, en diversidad de circunstancias, con mal tiempo y con caminos difíciles, se puede obtener un promedio diario por individuo de 70 vacunas.

Destaca, como aspecto que convendrá tener en cuenta en la planificación de una campaña anti-viriológica, el hecho de que determinados organismos de salud de carácter local tratan de eludir la actividad de mantenimiento, considerando que compete al Gobierno Nacional y que se debe ejecutar por ese nivel. Así, en el caso de la vacunación a los recién nacidos, esa posición negativa ha dado lugar a que el grado de inmunización alcanzado de un 70 %, haya bajado en forma alarmante al 40 ó 50 %. Sugiere, en consecuencia, que cuando se efectúe en el futuro la planificación de una campaña en otros países, se precise con claridad que el personal que trabaja en su desarrollo forma parte integrante del organismo de salud y que el organismo local tiene el deber de considerar como propia la labor que se le asigne.

El orador subraya que otro problema grave es el de la notificación de los casos de viruela; en un principio, el estudio de los casos notificados se hacía con el personal de la campaña; hoy el organismo local se ha acostumbrado a que tal evaluación se haga con el personal de nivel nacional del Ministerio de Salud Pública. Estima que ello ha de

servir de experiencia para que en los próximos programas se establezca un estrecho contacto entre el personal nacional y el de nivel local, vinculando a este último, aún más, al desempeño de esta clase de funciones.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador) anuncia que, según los informes que posee, se puede determinar como fecha aproximada para la terminación de la campaña en su país la de 18 meses a partir de la fecha actual y expresa su esperanza de poder declarar oficialmente en la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana que se ha logrado la erradicación de la viruela.

El Dr. MORAES (Brasil) indica que sería muy conveniente que la Conferencia fijara un plazo para completar la erradicación, ya que esto ayudaría a conseguir los recursos necesarios para la terminación de la campaña en el Brasil.

#### *Intervención del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana*

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) comienza recordando que la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en la República Dominicana en octubre de 1950, fue la primera oportunidad que en una reunión de esa jerarquía se habló de programas sistemáticos para lograr la erradicación de la viruela. Añade que si se consideran las cifras de 1950 y se comparan con las de 1961, aunque sean incompletas, como señala el informe presentado, no cabe duda de los progresos realizados y, de seguir esa tendencia, es evidente que la viruela quedará erradicada en el plazo de cinco años que ha sido fijado.

Afirma que, a su juicio, la Oficina ha colaborado con eficacia en esta campaña. En 1950 no se producía prácticamente vacuna desecada en el Continente, sino glicerizada, no siempre de calidad aceptable. En la actualidad, un grupo de países produce vacuna desecada de buena calidad y, en algunas emergencias, ese grupo ha estado en condiciones de prestar colaboración a otros países. Agradece que existen técnicos adiestrados para la producción de esta vacuna; se posee un conocimiento adecuado del problema que permite la organización de los programas de control y de erradicación,



existiendo, en suma, las condiciones requeridas para que se pueda dar cima a esta empresa.

Las cuestiones que hoy surgen en los países son más bien de orden económico relacionadas con el financiamiento del personal indispensable para cumplir con esta tarea en el plazo que se ha fijado; no son problemas de carácter técnico. Naturalmente, si los respectivos Gobiernos requiriesen una colaboración mayor de la Organización y se dispusiera de fondos extrapresupuestarios, la Oficina estaría dispuesta, como siempre, a prestarla.

El Dr. Horwitz llama la atención de los países que han erradicado la enfermedad, según los datos suministrados en los respectivos informes, para que mantengan un ritmo de vacunación que garantice un nivel de inmunidad que evite la aparición de brotes epidémicos, y pide que se adopte un acuerdo al respecto. Señala, por otra parte, que todos los comentarios se han centrado en el problema que suponen los focos existentes, habiendo olvidado, al parecer, la realidad en cuanto al mantenimiento de la inmunización en los países que ya lograron la erradicación.

#### *Intervención del Representante de México*

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México) dice que había pensado abstenerse de intervenir en este debate, pero que no coincide enteramente con el punto de vista del Dr. Horwitz, ya que el hecho de mantener altos índices de protección en los países, cuando tienen pendientes de resolución graves problemas, hace que la atención requerida por determinados programas se desvíe hacia un trabajo de inmunización de alto costo y que ocupa a un personal que puede utilizarse en otros problemas más ingentes que el de la viruela.

Manifiesta, sin embargo, que ello no significa que se vaya a dejar sin protección a las poblaciones, pero que lo que realmente interesa es que la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud otorguen todo su apoyo a los países que lo requieran para lograr la erradicación de la viruela en las Américas en el menor tiempo posible.

Expresa su opinión de que la Oficina no sólo preste a los países colaboración técnica con tal fin, sino incluso económica, llegando, si es menester, a suprimir otros programas que los propios

países realicen. Subraya que cualquier programa de salud que se esté llevando a cabo, se ve torpecido constantemente porque los servicios se dedican, quizá en forma excesiva, a mantener índices de protección, ya que todavía las colectividades carecen de educación en salud pública y no acuden voluntariamente a la vacunación, como se ha logrado en otros países. No cree que sea fácil que haya países que puedan mantener permanentemente un índice por encima del 80 por ciento. Insiste en que la conclusión o recomendación que se adopte por la Conferencia debe tender a lograr que se realice en el menor tiempo posible la erradicación de la viruela en las Américas y a mantener índices satisfactorios, lo que es fundamental para poder destinar al personal a otras actividades.

#### *Informe de la Delegación de El Salvador*

El Dr. AGUILAR (El Salvador) manifiesta que sería conveniente que se cumplieran las resoluciones adoptadas en las Conferencias pasadas, en las cuales se indicó la importancia primordial de erradicar la viruela en aquellos países que aún no lo habían logrado, así como la necesidad de que, en los que no existieran ya casos de viruela, se mantuviera un nivel satisfactorio de inmunización.

Señala, con respecto al desarrollo del programa en su país, que desde 1940 ni la población ni los médicos conocen la viruela y, por consiguiente, se ha perdido el miedo a esta enfermedad. Sin embargo, la Dirección General de Sanidad ha realizado un programa de mantenimiento de la inmunidad, pero el año pasado, en la revisión efectuada, se descubrió que sólo se había vacunado durante él a un 2 % de la población, lo que es un índice muy bajo.

El Dr. Aguilar afirma que últimamente se ha incrementado la vacunación y que en mayo de este año se ha vacunado, en tres Departamentos del país, el doble del número de personas vacunadas en los años precedentes.

El PRESIDENTE señala que el plazo sugerido por el Dr. Williams para completar la erradicación es de cinco años. De no haber otras observaciones, propone que se encomiende al Relator la prepara-

ción de un proyecto de resolución en ese sentido, después de consultar con los Representantes del Ecuador y Brasil.

*Así se acuerda.*<sup>1</sup>

#### **Tema 2.4: Informe sobre el estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas**

##### *Exposición del Jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles de la OSP*

El Dr. BICA (Jefe, Departamento de Enfermedades Transmisibles, OSP) presenta el Documento CSP16/12,<sup>2</sup> relativo a este tema, y dice que el Consejo Directivo, en su primera reunión (Buenos Aires, 1947), encomendó a la Oficina Sanitaria Panamericana el fomento y coordinación de la campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas. En cumplimiento de esta resolución, la OSP ha venido realizando todos los esfuerzos posibles, dentro de sus limitaciones presupuestarias, para cooperar con los países en la ejecución de programas cuyo objetivo consiste en la eliminación de este vector del Hemisferio Occidental.

Durante los 15 años transcurridos desde que se adoptó la resolución del Consejo Directivo se han resuelto muchas de las dificultades surgidas, por lo que se pueden considerar muy satisfactorios los resultados alcanzados.

Los Cuerpos Directivos de la Organización han declarado erradicado el *A. aegypti* en Belice, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana Francesa, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Zona del Canal de Panamá.

En México la campaña ha llegado a su fase final y ya está en marcha la encuesta especial para verificar la erradicación. Todos los países de América Central están libres del vector.

Colombia ha erradicado también el *A. aegypti*, con la excepción de la ciudad de Cúcuta, que se reinfestó en 1961. Las actividades en Venezuela van avanzando, y la campaña de Argentina llegará a su fase última a fines de 1962. En los demás países y territorios de Sudamérica, salvo Surinam, ya se ha eliminado el vector.

En la actualidad, el problema persiste en los Estados Unidos de América y en ciertos sectores del Area del Caribe, en que, a pesar de los esfuerzos realizados, resulta difícil—por razones geográficas, económicas y administrativas—lograr la coordinación necesaria para llevar a cabo el programa en los diversos territorios con suficiente simultaneidad para evitar la reinfestación de las zonas ya libres del vector. Informa que los Estados Unidos de América tienen planes en marcha para erradicar el vector urbano de la fiebre amarilla en aquellas zonas del país donde existe, así como en Puerto Rico y en las Islas Vírgenes.

Los Cuerpos Directivos de la Organización han señalado repetidas veces la necesidad de que los países todavía infestados hagan todos los esfuerzos posibles para erradicar el *A. aegypti*, a fin de evitar que el programa de erradicación en las Américas se prolongue indefinidamente y de eliminar el riesgo de perder todo lo que se ha logrado hasta la fecha.

El Consejo Directivo, en su XIII Reunión (Washington, octubre, 1961) recomendó (Resolución XXXIV)<sup>3</sup> a los países y territorios aún infestados, que todavía no hubieran iniciado la campaña, que la comenzasen lo antes posible, y a aquellos en que se estuviera desarrollando la erradicación del *A. aegypti* satisfactoriamente o se encontrasen en la fase final de ésta, que aceleraran la campaña, con el fin de que todos ellos pudieran completarla en un plazo de cinco años y dar cuenta de la erradicación en la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, que tendrá lugar en 1966.

El Dr. Bica señala que en la Argentina, en agosto de 1961, de los 1.500.000 Km<sup>2</sup> que abarcaba el área que se suponía infestada, habían sido ya tratados 796.093 Km<sup>2</sup>. Los trabajos efectuados en la parte central y sur han demostrado la necesidad de revisar la estimación inicial.

Los resultados de las investigaciones realizadas mostraron la ausencia del vector, y parece innecesario efectuar encuestas, en otros 500.000 Km<sup>2</sup> aproximadamente cubiertos por el plan de operaciones. Se está estudiando la delimitación definitiva del área que debe cubrir la encuesta.

La campaña de Colombia llegó a su fase final en 1961, pero, en septiembre de ese año, después de dos años de negatividad, apareció una infestación intensa (con un índice de 45,2 %) y generalizada

<sup>1</sup> Véase acta de la novena sesión plenaria, pág. 176.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 5.

<sup>3</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 39.

de *A. aegypti*, en Cúcuta, cerca de la frontera con Venezuela. El Gobierno, con la colaboración de la Organización, tomó medidas para eliminar al mosquito. Hasta abril de 1962, habían sido sometidas a tratamiento 11.000 casas, y se esperaba que las 9.000 restantes serían tratadas durante el mes de julio. La primera verificación posterior al tratamiento se llevará a cabo en agosto o septiembre de 1962.

La Guayana Británica se encuentra actualmente en una situación que puede ser muy peligrosa; en su capital, Georgetown, se ha descubierto *A. aegypti*, posiblemente difundido de tal forma por la ciudad que será necesario establecer un programa completo para liberar nuevamente de *A. aegypti* al territorio. Además de este problema, y en una combinación que exige las máximas precauciones, se descubrió la presencia de fiebre amarilla selvática en el territorio, por lo que se han tomado las medidas apropiadas para vacunar a las personas que corren algún riesgo y para evitar que el virus llegue a la capital. Se comprobó que los dos casos de la enfermedad, ocurridos en octubre y en noviembre de 1961, fueron en la capital y fallecieron en el hospital de la misma, pero no se notificaron a las autoridades sanitarias hasta varios meses después. Por esta circunstancia, las autoridades se mantienen alerta ante la posible amenaza de la enfermedad.

Señala finalmente que el Gobierno de Surinam ha decidido iniciar una campaña de erradicación en 1962, asignando para ella, durante el primer año, la cantidad de 180.000 florines, con lo que quedarán completadas las actividades de erradicación en todo el territorio continental, esperándose que para la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana se pueda declarar erradicado el *A. aegypti* en las Américas, desde México hasta la Tierra del Fuego.

#### *Informe de la Delegación de Venezuela*

El Ing. MÁRQUEZ GARCÍA (Venezuela) manifiesta que el plan de erradicación del *A. aegypti* en su país, complementario al de mantenimiento de la lucha antimalárica, se dividió en cinco etapas para ser desarrollado en los años 1960, 1961 y 1962 con una inversión de cinco millones de bolívares, (\$ 1.100.000) en cada uno de ellos, cuatro millones en 1963 (\$ 880.000) y tres millones en

1964 (\$ 650.000). La primera etapa correspondiente al año 1961 comenzó por la capital de la República en vista de su importancia y como continuación del trabajo ya realizado simultáneamente en la región fronteriza con la República de Colombia, por haberse convenido con las autoridades sanitarias de dicho país.

La segunda etapa, actualmente en ejecución, corresponde a los Estados Zulia y Falcón; y las otras etapas se desarrollarán en los años posteriores programados, siguiendo en todas ellas la técnica de atacar áreas vecinas y progresivamente decrecientes, en forma convergente hacia los sitios de mayor infección, de acuerdo con los convenios internacionales suscritos.

El desarrollo de la campaña se está llevando a cabo de modo satisfactorio y de acuerdo con lo previsto, y sólo se registró atraso de un año en el plan de trabajo propuesto, debido a la disminución del presupuesto en escala nacional y a los problemas obrero-patronales. El presupuesto fue reducido de 5.000.000 de bolívares anuales (\$ 1.100.000) a 3.540.000 bolívares (\$ 770.000) en 1961, y a 4.633.391 bolívares (\$ 1.000.000) en 1962, lo que, de acuerdo con la programación, no era suficiente para mantener el ritmo de trabajo en las áreas infectadas y consolidar al mismo tiempo los trabajos de erradicación en las áreas ya limpias.

Tal inconveniente ha sido solucionado, ya que los presupuestos para los años venideros se establecerán de acuerdo con el plan económico propuesto y se prolongará la campaña por un año, lo que indica que probablemente quedará terminada en 1965. De ahí en adelante se fijará un presupuesto para el mantenimiento de los trabajos de verificación y vigilancia.

De julio de 1958 a diciembre de 1961, el Gobierno Nacional invirtió la suma de 10.902.000 bolívares (\$ 2.440.000) con un costo medio, por casa tratada, de 13,51 bolívares (\$ 3,00), al comienzo de la campaña y de 9,13 bolívares (\$ 2,00) al final de la primera etapa.

El programa técnico y económico esbozado está respaldado íntegramente por el Gobierno Nacional, el cual, consciente del problema, aportará las cantidades necesarias para el financiamiento de la campaña de erradicación, aumentándolo en caso necesario y haciendo los ajustes que se deriven de los aumentos de sueldos del personal obrero.

*Informe de la Delegación del Reino de los Países Bajos*

El Dr. VAN DER KUYP (Reino de los Países Bajos) hace una observación acerca de la última frase sobre Surinam en el informe sobre el estado de la erradicación de *A. aegypti* en las Américas,<sup>1</sup> que dice lo siguiente: "Surinam es el único territorio de Sudamérica que, hasta la fecha, no ha llevado a cabo actividades de erradicación".

Aclara que esta afirmación no es correcta, pues desde junio de 1948 los recipientes de agua en la capital han sido tratados con DDT. En abril de 1949, se empezó el rociamiento con insecticida de acción residual en las casas. Desde diciembre de 1949 todos los recipientes inservibles de agua han sido destruidos.

Durante los años 1953 y 1954 el UNICEF y la Oficina Sanitaria Panamericana facilitaron al Gobierno de Surinam asistencia para la erradicación del *A. aegypti*.

El rociamiento de las casas con DDT de acción residual fue llevado a cabo de acuerdo con las normas establecidas en aquel tiempo por la Organización Panamericana de la Salud. En 1955 este método fue sustituido por el rociamiento perifocal.

Algunas áreas están libres de *A. aegypti* en la actualidad, por ejemplo el aeropuerto principal, las plantas de bauxita de Mungo y Paranam, los distritos de Maroni y Coronie, y la hacienda arrocera de Wageningen.

En el interior, que está escasamente poblado, no hay *A. aegypti*; esto se debe en parte a las actividades del Servicio de Erradicación de la Malaria.

Desgraciadamente, el *A. aegypti* no ha sido eliminado todavía del resto del país debido a la resistencia que ha opuesto al DDT.

Sin embargo, el Gobierno de Surinam tiene la firme intención de empezar una nueva campaña con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana. Esta campaña está ya en su período preparatorio, como ha señalado el Dr. Bica en su exposición.

*Informe de la Delegación del Reino Unido*

El Dr. COMMISSIONG (Reino Unido) manifiesta que el Dr. Nicholson le ha pedido que informe sobre

este tema, oportunidad que el orador agradece por ser el programa contra el *A. aegypti* en Trinidad y Tabago tal vez el más avanzado en las islas británicas del Area del Caribe. Es bien conocida la labor llevada a cabo por el Dr. Gillette y el doctor Kellett en relación con la resistencia del vector a los insecticidas.

La existencia de virus de la fiebre amarilla en ciertas zonas selváticas de Trinidad y Tabago hace que la reinfestación de *A. aegypti* sea mucho más grave que en cualquier otro territorio. El programa en ambas islas se encuentra en la fase de vigilancia, pero este año se han descubierto focos aislados de criaderos de *A. aegypti*, que ya han sido eliminados. Con el asesoramiento del Dr. Solón Camargo, consultor de la OPS/OMS en materia de *A. aegypti* para el área, se realizaron investigaciones, llegándose a la conclusión de que dichos criaderos podían deberse a las siguientes causas: 1) al recrudescimiento; 2) a la importación por el tráfico marítimo procedente de zonas infestadas; 3) al comercio ilícito con zonas infestadas, y 4) a la infiltración procedente de la Base de Chaguaramas. Hasta ahora no se ha atribuido definitivamente la aparición de dichos criaderos a ninguna de estas posibles causas, pero hay que tener en cuenta todas ellas. La existencia de territorios positivos al *A. aegypti*, muy próximos a Trinidad y Tabago, es causa de gran preocupación para esas dos islas. Por ello, se facilitaron a la Organización dos de sus sanitarios más expertos, para que trabajaran en los territorios vecinos; uno fue enviado a Barbada por un año y el otro ha comenzado a prestar servicio recientemente en Surinam. El programa de Barbada va avanzando y el Dr. Camargo estima que sus perspectivas son buenas.

En la Guayana Británica, el repentino descubrimiento, a primeros de año, de criaderos de *A. aegypti* en las zanjas de desagüe de las calles de Georgetown, fue un motivo de inquietud para las autoridades sanitarias, ya que el vector había sido erradicado como consecuencia de los rociamientos con DDT realizados en 1945. Es indudable que el *A. aegypti* había sido importado, pero no es fácil determinar el país de origen y la forma en que entró en dicho territorio. La importancia de ese descubrimiento fue acrecentada por el hallazgo de dos casos de fiebre amarilla selvática entre el 9 de octubre y el 20 de noviembre de 1961. Se in-

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 13, Anexo 5.

formó inmediatamente a la Oficina de Zona de Caracas y se solicitó ayuda de la OSP. Siguiendo el consejo del Dr. Camargo, se inició un estudio del problema, que progresa satisfactoriamente y, una vez concluido, se aplicarán los métodos adecuados. Entretanto, todas las personas que entran al territorio o salen de él son vacunadas contra la fiebre amarilla. Por fortuna, no es difícil seguir el movimiento de viajeros, ya que se realiza por avión.

En cuanto al programa en las demás islas, se encuentra en diversas fases. No obstante, la reinfección puso de relieve la necesidad de desarrollar un programa que comprenda la totalidad del Area del Caribe, sin el cual la labor realizada en las distintas unidades políticas resultará inútil. Con la resistencia creciente del *A. aegypti* a mayor número de insecticidas, no es posible exagerar el peligro de la situación.

#### *Informe de la Delegación de la Argentina*

El Dr. OLGUÍN (Argentina) hace referencia al documento presentado por la Oficina, en el que se informa detalladamente sobre el estado actual del programa del *A. aegypti* en su país. Destaca que la campaña se encuentra casi en su fase final, en virtud de las condiciones geoclimatológicas de la zona. Agrega que, una vez terminada dicha campaña, se establecerá servicio de vigilancia para mantener el control de la situación.

Manifiesta finalmente su agradecimiento por la colaboración técnica y económica que la Oficina Sanitaria Panamericana ha prestado en su país para alcanzar el estado actual de la campaña de erradicación del *A. aegypti*.

#### *Informe de la Delegación de México*

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México) expresa que, como el Dr. Bica ha señalado, México se encuentra en la etapa de verificación última, y que espera que el Presidente de la República Mexicana anuncie en un futuro próximo la erradicación del *A. aegypti* en su país, gracias a la campaña antipalúdica. Añade que si no hubiera coincidido la realización de esta última campaña y hubieran sobrepuesto la dirigida contra el *A. aegypti*, tal vez no hubiesen podido dar esta noticia tan extraordinaria y habría sido necesario rociar más de cuatro

millones de casas en las áreas infectadas por el *A. aegypti*.

El Dr. García Sánchez manifiesta que ve con beneplácito que los Estados Unidos de América hayan anunciado su programa de erradicación del *A. aegypti*, y les felicita por el extraordinario esfuerzo que están realizando a tal efecto en la parte sur del país.

#### *Informe de la Delegación de Cuba*

El Dr. PEREDA (Cuba) dice que el primer convenio celebrado entre la Oficina Sanitaria Panamericana y el Gobierno de Cuba fue suscrito el 5 de noviembre de 1953, comenzando la campaña el 23 de marzo de 1954, aunque con personal y presupuesto insuficientes (70 hombres y \$ 150.000 anuales). Sus resultados, desde el punto de vista de la erradicación, fueron prácticamente nulos. Cita a este respecto el artículo "Evolución de la campaña anti-*aegypti* en los últimos diez años",<sup>1</sup> en el que con referencia a Cuba se dice lo siguiente: "La campaña destinada a abarcar todo el país, que se inició en marzo de 1954, no pudo proseguirse como se había previsto, a causa de la insuficiencia de personal. Todo el personal disponible se concentró en La Habana, en espera de que en breve se pueda extender la campaña a toda la isla, que constituye actualmente el reducto más fuerte de *Aedes aegypti* en las Américas".

Añade que el segundo convenio se celebró el 26 de marzo de 1959, con el Gobierno Revolucionario. Se amplió el presupuesto a \$ 840.000 anuales y se aumentó el personal de la campaña de 70 a 340 hombres, que terminaron de adiestrarse el día 10 de agosto de 1959. Al mismo tiempo que se iba adiestrando al personal, se realizaron trabajos para preparar el área de la Gran Habana y municipios vecinos, a fin de comenzar el tratamiento de erradicación que pudo iniciarse en la fecha antes mencionada.

Las actividades comenzaron por la ciudad de La Habana y barrios limítrofes, extendiéndose progresivamente a todos los municipios de la provincia de La Habana, para abarcar después, en mayo de 1960, las de Pinar del Río y Matanzas.

<sup>1</sup> Publicado en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. XLV, N° 5 (noviembre de 1958), págs. 375-385.

A continuación presenta el siguiente cuadro de la labor realizada por la campaña, expresada en cifras:

*Año 1959*

Viviendas inspeccionadas .....	196.120
Positivas al <i>Aedes aegypti</i> .....	15.978
Tratadas .....	218.841
Terrenos baldíos tratados .....	5.428

*Año 1960*

Viviendas inspeccionadas .....	251.928	
Positivas .....	4.314	1,7 %
Tratadas .....	480.133	
Terrenos baldíos tratados .....	12.254	
Depósitos tratados .....	11.987.328	
Cantidad de DDT utilizada (litros) ..	138.007	
Cantidad de dieldrín utilizada (litros) ..	3.925	
Días-hombre empleados .....	64.670	

*Año 1961*

Viviendas inspeccionadas .....	383.838	
Positivas .....	5.976	
Tratadas con DDT .....	73.781	} 417.214
Tratadas con dieldrín .....	343.433	
Terrenos baldíos tratados con DDT ..	2.255	} 9.863
»    »    »    dieldrín .....	7.608	
Depósitos tratados con DDT .....	1.841.491	} 7.607.139
»    »    »    dieldrín .....	5.765.648	
Cantidad de DDT utilizada (litros) ..	20.139	
Cantidad de dieldrín utilizada (litros) ..	13.995	
Días-hombre empleados .....	126.654	

*Primer semestre de 1962*

Viviendas inspeccionadas .....	380.387	
Positivas .....	1.364	0,3 %
Tratadas con DDT .....	5.690	} 86.233
»    »    dieldrín .....	80.543	
Terrenos baldíos tratados .....	1.947	
Depósitos tratados .....	1.332.876	
Cantidad de DDT utilizada .....	1.223	
Cantidad de dieldrín utilizada .....	2.222	
Días-hombre empleados .....	21.702	

*Area cubierta por la campaña*

		Localidades
1954 .....	124 Km <sup>2</sup>	20
1958 .....	341 »	26
1959 .....	994 »	86
1960 .....	998 »	109
1961 .....	7.391 »	325
1962 .....	15.698 »	447

Resumiendo esos datos dice que la campaña ha adelantado notablemente en Cuba, a pesar de las dos grandes dificultades que ha tenido que supe-

rar, a saber: primero, el adiestramiento de personal, a lo que obligó el aumento de 60 empleados a más de 400, y el paso de un presupuesto equivalente a \$ 150.000, a otro superior a \$ 900.000, que se asignó para 1959; y segundo, la menor sensibilidad demostrada en la provincia de La Habana por el *A. aegypti* al DDT.

Señala que los resultados obtenidos permiten afirmar que la población protegida desde el punto de vista epidemiológico, por presentar índices de infestación inferiores al 2 %, que es considerablemente baja, hacen imposible la recurrencia de una epidemia de fiebre amarilla, pues solamente es en la de la provincia de La Habana, cuya población asciende a 1.935.631, donde se presenta la mencionada infestación.

Manifiesta que el índice de infestación en la ciudad de La Habana era de 22,4 % en 1954, y de 0,1 % en 1962, y afirma que se logrará la erradicación del *A. aegypti* en su país a fines de 1964.

Para terminar, da el siguiente resumen de las actividades de la campaña desde su iniciación hasta el 31 de julio de 1962:

Localidades comprendidas en la encuesta inicial .....	482
Encontradas con <i>A. aegypti</i> .....	321
Tratadas .....	321
Verificadas .....	327
Aún con <i>A. aegypti</i> .....	109
Verificadas una vez, sin <i>A. aegypti</i> ..	154
Verificadas dos veces, sin <i>A. aegypti</i> ..	23
Verificadas tres veces o más, sin <i>A. aegypti</i> .....	5
Viviendas comprendidas en la encuesta inicial .....	175.214
Encontradas con <i>A. aegypti</i> .....	11.670
Tratadas .....	1.684.630
Verificaciones .....	1.971.842

*Informe de la Delegación de Francia*

El Dr. HYRONIMUS (Francia) manifiesta que, como señala el informe, el *A. aegypti* ha sido erradicado de la Guayana Francesa hace ya varios años, pero persiste todavía en la Guadalupe y en la Martinica, en especial en la primera. En la Martinica, según una investigación efectuada en junio de 1961, se han registrado notables progresos, pudiendo afirmarse que más de la mitad de la isla se encuentra libre del *A. aegypti*, esperando llevar

a término la campaña en los próximos dos años, a pesar de las dificultades con que se ha tropezado tanto en el orden económico como en el social y administrativo y no obstante la resistencia ofrecida por el *A. aegypti* al DDT.

#### *Informe de la Delegación de Colombia*

El Dr. PÉREZ ARCHILA (Colombia) señala el hecho lamentable de que, cuando la Delegación de su país, en la reunión del Consejo Directivo de la Organización, celebrada en octubre del año pasado, iba a anunciar la erradicación del *Aedes aegypti* de su territorio, se reinfestó la ciudad de Cúcuta. Señala que el dinero invertido en esa sola ciudad es tanto como el gastado por el programa en todo el territorio nacional. Finalmente se adhiere a la felicitación expresada por el Representante de México a los Estados Unidos de América, por haber iniciado la campaña de erradicación en su territorio.

#### *Informe de la Delegación de los Estados Unidos de América*

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) manifiesta que la Delegación de su país felicita a la OPS y a los países que han erradicado el *A. aegypti*, por haber logrado una realización sanitaria verdaderamente notable y muy significativa, y expresa su satisfacción por el hecho de que la XIII Reunión del Consejo Directivo estableciera el año 1966 como plazo para conseguir la erradicación del *A. aegypti*. Los Estados Unidos de América se han comprometido a erradicar el vector en el territorio continental del país y en Puerto Rico e Islas Vírgenes. Al principio, la campaña se organizará en forma tal que resulte mínimo el peligro de reinfestación de los países que ya han logrado la erradicación.

Termina diciendo que los Estados Unidos de América están decididos a erradicar este mosquito de su territorio.

#### *Informe de la Delegación de Jamaica*

El Dr. PEAT (Jamaica) confirma la exactitud de la información sobre su país que figura en el documento presentado. El Gobierno de Jamaica,

aconsejado por el Ministerio de Sanidad, interrumpió las operaciones a fines de 1961. Esto se debió a la existencia de pruebas evidentes de la resistencia del *A. aegypti* a todos los insecticidas de uso corriente. La resistencia no sólo era de grado elevado sino que estaba, además, muy extendida y había quedado confirmada tanto en las larvas como en los mosquitos adultos. Los aeropuertos y puertos marítimos se mantienen todavía libres de *A. aegypti*, pero fuera de ellos no se ha realizado ninguna labor de erradicación desde 1961. Ahora bien, no se ha abandonado totalmente la empresa; se ha pedido a la OSP que facilite los servicios de un entomólogo para estudiar y evaluar más exactamente el problema de la resistencia y para que ayude a seleccionar el insecticida y los métodos que deberán aplicarse. Este funcionario médico ha sido ya elegido y destinado a Jamaica. Si la labor puede reanudarse en forma organizada y basarse en sólidos principios científicos, se adoptarán las medidas pertinentes.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) indica que los países que se encuentran todavía sin haber iniciado su programa, o en lento desarrollo del mismo, están decididos a acelerar la campaña de erradicación y que así como se ha hecho en el pasado, la Oficina está dispuesta a ayudar a los países dentro de sus posibilidades presupuestarias. Espera que con la asignación o división de servicios llevada a cabo en las campañas de las islas del Area del Caribe se pueda lograr la erradicación dentro del plazo establecido por el Consejo Directivo.

*Decisión:* Se acuerda encargar al Relator de la Comisión I que prepare un proyecto de resolución recogiendo los puntos de vista expuestos en el curso del debate.<sup>1</sup>

*Se suspende la sesión a las 21 h. 50 m. y se reanuda a las 22 h. 10 m.*

#### **Tema 2.5: Informe sobre el estado del control de la tuberculosis en las Américas**

##### *Exposición del Jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles de la OSP*

El Dr. BICA (Jefe, Departamento de Enfermedades Transmisibles, OSP), al presentar el Documen-

<sup>1</sup> Véase acta de la novena sesión plenaria, págs. 176-177.

to C&SP16/14<sup>1</sup> relativo a este tema, señala que el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su 36ª Reunión (Puerto Rico, 1958), consideró a la tuberculosis "como uno de los primeros problemas de salud a resolver en numerosos países del Continente", y encomendó al Director que informara a una próxima reunión del Consejo Directivo sobre las necesidades financieras para la formulación de un plan continental de lucha contra la tuberculosis.<sup>2</sup>

El problema de la tuberculosis se discutió extensamente durante la XIII Reunión del Consejo Directivo (Washington, 1961). El Documento CD13/17, Rev. 1, "Necesidades financieras para la formulación de un plan continental de lucha contra la tuberculosis",<sup>3</sup> presentado por el Director en dicha reunión, indicaba que las necesidades financieras adicionales para un programa ampliado antituberculoso se calculaban en unos \$ 63.000.000 anuales, por un período de 10 años, con un total general para el decenio que ascendía a \$ 630.000.000 y comprendía los costos de diversas medidas de control: terapéuticas, preventivas y educativas. El debate que siguió a la presentación del documento indicó la necesidad de obtener información complementaria acerca de la naturaleza y alcance del problema en cada país, a fin de realizar un detenido estudio de la situación que sirviera de base para la formulación de programas de control antituberculoso.

En su Resolución XXXVI,<sup>4</sup> el Consejo Directivo recomendó a los Gobiernos: a) que investigaran la magnitud del problema de la tuberculosis en sus respectivos territorios, con el fin de establecer un mejor conocimiento de la incidencia y prevalencia de la infección y de la enfermedad, así como que organizaran la búsqueda intensiva de casos; b) que procuraran determinar el costo de las medidas específicas de control de la tuberculosis, de tal manera que les permitiera preparar planes nacionales de lucha antituberculosa, respaldados por un adecuado funcionamiento; c) que establecieran metas para ser cumplidas en los próximos 10 años, con el fin de reducir los índices de mortalidad y morbilidad y de prevalencia de la infección, y d) que

reorientaran los programas de control de la tuberculosis con el objeto de lograr el mejor rendimiento posible de los recursos humanos y materiales disponibles.

Señala el Dr. Bica que mientras no hubo medio de atacar directamente al agente etiológico, el control antituberculoso tuvo por principal objeto aumentar la resistencia del individuo susceptible. Por tanto, la vacunación con BCG constituyó una parte muy importante de las primeras actividades de control de la tuberculosis realizadas por la Organización, con la asistencia del UNICEF.

La introducción de poderosas drogas antituberculosas posibilitó el ataque directo en los reservorios infecciosos humanos.

En la actualidad, la tuberculosis puede considerarse como una enfermedad transmisible cuyo control es posible mediante métodos basados en la práctica de la salud pública, aplicada a las colectividades. Es necesario descubrir y convertir en no infecciosas todas las fuentes de infección efectivas o en potencia, debiendo protegerse asimismo a los individuos susceptibles de contraer la enfermedad.

En la práctica, esto significa un programa de búsqueda y tratamiento de casos, así como de vacunación y quimioprofilaxis. El descubrimiento de casos debe basarse en los métodos de diagnóstico más sencillos existentes en la actualidad: películas de rayos X en miniatura, exámenes de laboratorio y pruebas de la tuberculina. El tratamiento, para que resulte económicamente factible, ha de ser ambulatorio en la mayoría de los casos. Debe subrayarse que sea cual fuere el tipo de tuberculosis pulmonar diagnosticado, el tratamiento habrá de limitarse en la práctica a la quimioterapia, y las drogas facilitadas se las administrará el propio paciente.

Manifiesta que, de este modo, los elementos del control antituberculoso son muy simples, pero su aplicación a circunstancias locales requerirá, en cada caso, un estudio experimental de la magnitud del problema y de los métodos, en relación con los objetivos cuantitativos y cualitativos a alcanzar, y con los recursos existentes y necesarios, en medios materiales y personal. Claro está que esto habrá de hacerse con la debida consideración a las prioridades establecidas por las autoridades de salud pública. Hasta que no se complete dicha fase experimental no podrá desarrollarse un plan racio-

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 6.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 27, 439.

<sup>3</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 400-404.

<sup>4</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 40-41.



nal a largo plazo para un programa nacional de control.

Subraya el Dr. Bica que la Organización considera que la mejor forma de llevar a cabo un estudio semejante consiste en realizarlo en una zona nacional piloto, que permita: a) evaluar la magnitud del problema en una muestra representativa de la población; b) establecer cualitativa y cuantitativamente los objetivos del control y medir las realizaciones conseguidas durante un período de tiempo especificado, teniendo especialmente en cuenta la eficacia administrativa de los métodos empleados; c) efectuar una valoración de los recursos mínimos necesarios para alcanzar dichos objetivos sin olvidar que, en el mayor grado posible, el control antituberculoso debe realizarse como parte integrante del programa de salud pública y no como un servicio altamente especializado y costoso, y d) calcular el costo de la consecución de los fines propuestos.

Una vez concluida semejante fase piloto será posible que las autoridades nacionales de salud elaboren un plan a largo plazo para el desarrollo de un programa nacional, por un período de tiempo especificado. La rapidez con que dicho programa pueda desarrollarse dependerá de: a) la prioridad concedida a la tuberculosis con relación a otros problemas de salud, considerando los medios de que la autoridad sanitaria pueda disponer, y b) la rapidez con que puedan conseguirse los recursos mínimos y el personal que pueda adiestrarse para dicho programa.

Sugiere que al planear la extensión del control antituberculoso más allá de la primera fase piloto, las autoridades nacionales de salud deberán tener en cuenta lo siguiente: a) la administración del programa debe apoyarse en gran parte en los medios materiales y de personal de los servicios generales de salud pública; y b) la fase de expansión del programa habrá de tener asimismo objetivos cuantitativos y cualitativos y deberá quedar sujeta a evaluaciones periódicas hechas por las autoridades encargadas de la zona piloto. La orientación y adiestramiento del personal preciso puede efectuarse también en la zona piloto como proceso continuo durante las fases experimental y de ampliación.

Termina diciendo que en el Informe Anual del Director, en el capítulo sobre la tuberculosis,

puede verse una información más detallada de la política actual de la Oficina Sanitaria Panamericana en relación a esa enfermedad.

#### *Informe de la Delegación de Venezuela*

El Dr. ORELLANA (Venezuela) manifiesta que de los distintos proyectos que se mencionan en el documento sobre el estado del control de la tuberculosis en las Américas, merece especial atención el que se refiere a la organización del Centro Nacional Antituberculoso de Santa Fe, en la Argentina, realizado con la colaboración de la Organización y del UNICEF. Lo estima así porque este proyecto comprende el adiestramiento de médicos y de otros técnicos y porque, a través de su escuela de control antituberculoso y dispensario piloto, se podrá agregar la enseñanza preventiva y social a la enseñanza clásica de la fisiología que se ha venido proporcionando en muchos centros renombrados de la América Latina. Subraya que en Venezuela se ha procedido de la misma forma, para lo cual se organizaron especialmente centros de demostración y adiestramiento en dos localidades vecinas a Caracas, cuyas actividades, además, se han vinculado estrechamente con las tareas docentes de la Escuela de Medicina de la Universidad Central.

Un aspecto expuesto en el citado documento, también de gran interés, es el de que la administración del programa debe apoyarse en gran parte en los medios materiales y de personal de los servicios generales de salud pública. Dice que está de acuerdo con esa declaración, pero que lo estaría aún más si expresase que la campaña antituberculosa no debe apoyarse en parte, sino en su totalidad, en la red de servicios de salud pública de la región o país. Indica que la experiencia de Venezuela ha sido decisiva en este sentido y considera que no es conveniente, por razones de carácter económico y administrativo, establecer servicios paralelos para la ejecución del programa antituberculoso.

Considera que cuando un país ha logrado estructurar una buena red de servicios locales de salud pública, que tengan a su cargo las funciones que en el concepto clásico de los servicios de salud se les ha asignado en todas partes, es objetable que campañas especializadas de este tipo, puedan sustentarse sobre una organización distinta; su ad-

ministración resultará difícil, no puede asegurarse su coordinación posterior y probablemente los costos siempre serán mayores. Manifiesta que en su país, mediante un adecuado e intenso programa de formación de personal y de jerarquización de los servicios, se ha llegado ya a extender las actividades de la lucha antituberculosa hasta un 63 % de la población. Agrega que esta experiencia, proseguida desde hace 20 años en forma progresiva, se basa en la doctrina de la integración de la campaña dentro de la organización local de los servicios de salud pública, cualesquiera que sean sus recursos, y no por medio de proyectos piloto de objetivos parciales.

El Dr. Orellana señala que en la reunión del Comité de Expertos en Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en 1950, Venezuela se pronunció en contra de las campañas antituberculosas internacionales desvinculadas de los servicios de salud pública, por considerar que una vez pasado su efecto transitorio, queda realmente muy poco firme y efectivo. En esa oportunidad se consiguió que, por primera vez, apareciera en el informe respectivo una recomendación en tal sentido. Hace esta referencia porque hoy en día, con las drogas antibacterianas y la introducción de la liofilización y el método de la escarificación para la vacuna BCG, es más conveniente que nunca poner el tratamiento y la profilaxis de la tuberculosis en manos del higienista y no en servicios desligados de los otros organismos encargados de la defensa de la salud.

Estima que no se concede suficiente importancia, en el documento presentado, al problema de la erradicación de la tuberculosis bovina. Considera que cuando se están consiguiendo, como ocurre en la mayoría de los países de las Américas, resultados satisfactorios en el control de la tuberculosis humana, es un error descuidar los reservorios de tuberculosis bovina que van a servir para alimentar las nuevas fuentes de infección, cuando vayan desapareciendo las humanas.

Manifiesta que desde 1954, después de un cuidadoso período preparatorio, Venezuela comenzó una campaña de erradicación de la tuberculosis bovina, que ha continuado hasta ahora dentro de las más exigentes condiciones técnicas y administrativas. En aquel año se sometieron a la prueba de la tuberculina 144.000 animales, entre los cuales se encontró un 3,48 % de positivos. El número

anual de pruebas ha continuado en aumento hasta llegar en 1961 a 271.000, con solamente un 0,40 % de positividad.

El Dr. Orellana concluye señalando a este respecto que en una publicación muy reciente del Centro Panamericano de Zoonosis, se dice lo siguiente: "Venezuela es el único país en América del Sur donde se está llevando a cabo una campaña organizada de erradicación de la tuberculosis bovina. La organización de esta campaña y sus resultados pueden servir de guía para programas similares en otros países".

#### *Informe de la Delegación de Panamá*

El Dr. CALVO (Panamá) comienza expresando la conformidad de su Delegación con los puntos de vista expuestos por el Dr. Bica, en nombre de la Oficina Sanitaria Panamericana, y por el Dr. Orellana, de Venezuela.

Afirma que el problema de la tuberculosis es de tal magnitud que constituye uno de los factores que retardan las posibilidades del desarrollo vital de los pueblos de la América Latina, por lo que considera que el ataque a esta enfermedad tiene que ser integral. Se trata de un problema directamente relacionado con el desarrollo de los países en tal forma que, si se alcanzaran mejores niveles de vida en los estratos sociales que se encuentran en mayor desventaja, se lograría un mejor equilibrio de las fuerzas biológicas, que, a fin de cuentas, constituye la primera línea de defensa contra la enfermedad. Afirma que, mientras los otros planes y programas de los Gobiernos se encaminan a favorecer estas condiciones óptimas de bienestar social integral, los organismos encargados de planificar y ejecutar los programas de salud deben tratar de controlar, con decisión y sentido de urgencia, la presencia indeseable de la tuberculosis hasta reducirla a fracciones sin importancia en el panorama de la patología médicosocial de las colectividades de la América Latina.

El orador indica que, como en el caso de la malaria, los países deben tomar la decisión de atacarla, concediendo a esta labor alta prioridad dentro de sus planes de salud, y que la Oficina Sanitaria Panamericana debe asumir una mayor responsabilidad en materia de asesoramiento técnico. Cree que las manifestaciones que se han hecho en el

orden internacional—a través de los diferentes informes del Comité de Expertos en Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud y, últimamente, en febrero del presente año, por el Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria—establecen ya de por sí la base para convertir en realidad el control de la tuberculosis, ampliando los conceptos clásicos de los grandes maestros, hacia la planificación de dicho control en función de programas integrados de salud pública. Estima que constituyó también un gran paso el hecho de que en el XIII Congreso Panamericano de Tuberculosis, celebrado recientemente en Guatemala, se aceptaran los nuevos criterios de control de la tuberculosis, y que también encierra singular importancia la Resolución XXXVI de la Reunión del Consejo Directivo de la OSP del año pasado, en la que se establecieron guías preliminares, entre las cuales se destaca la petición a los Gobiernos de que se estudien los costos del control, de tal manera que sea posible preparar a la mayor brevedad planes nacionales de lucha antituberculosa y establecer metas que puedan cumplirse dentro de los próximos 10 años.<sup>1</sup> Sigue diciendo que, a su juicio, el escenario está preparado para iniciar en la América Latina un frente sólido contra la tuberculosis, aprovechando las grandes posibilidades que la Alianza para el Progreso está brindando a los países para su desarrollo socioeconómico.

El Dr. Calvo agrega que su país ha venido haciendo experimentos nuevos en el control de la tuberculosis desde 1959, rompiendo los cánones clásicos de lucha y basando sus programas en principios fundamentales, teniendo en cuenta que, para dominar la tuberculosis, hay que atacarla por todos los ángulos del desarrollo social y económico del país, a la vez que se observan amplios criterios de salud pública y se coordinan los esfuerzos para la consecución de un alto nivel de bienestar biológico y social.

Indica que es fundamental la planificación y desarrollo de la salud pública integral del país, dándose en los planes el lugar que le corresponde al control de la tuberculosis, de forma que se pueda asegurar la utilización de todos los recursos institucionales y programáticos para hacer frente al problema. A su juicio, los planes deben basarse en la atención de grandes masas de población afectadas y, teniendo en cuenta lo costoso que resultan los programas basados en la perfección de la prestación médico-sanitaria, considera necesario establecer sistemas mínimos adecuados de control, cuyo costo más reducido permita extender paulatinamente estos programas a todo el ámbito nacional.

Manifiesta que el desarrollo de métodos y su ulterior evaluación exige la aplicación de procedimientos adecuados en el orden estadístico y epidemiológico, de tal manera que, dentro de los planes de control, se establezca y perfeccione paulatinamente la correlación central y local continua de los datos; también es necesaria la colaboración económica voluntaria de la iniciativa privada para reforzar los recursos estatales que son indispensables en el financiamiento de la lucha contra la tuberculosis. Indica, a este respecto, que es preciso establecer un método encaminado a utilizar, en forma más diversificada, todos los recursos voluntarios posibles, especialmente a nivel local de los programas, de tal manera que la rehabilitación socioeconómica del tuberculoso y su familia pueda ser parcialmente financiada a nivel de la respectiva colectividad.

Afirma que, basándose en esos principios, su país adelanta actualmente en la integración de la lucha contra la tuberculosis en los planes y programas generales de salud, y que ha logrado en los dos últimos años cambiar casi totalmente la actitud pasiva que se observaba sobre dicho problema.

El orador dice que renuncia a citar cifras estadísticas, bastándole con señalar que del 60 al 65 % de las poblaciones han sido tratadas mediante la aplicación de programas en masa, lo que constituye un avance indiscutible en el método del control. Subraya que los problemas más complicados y que están relacionados con el control continuo de casos y contactos, son motivo de la más intensa preocupación en su país. Es en este terreno en el que se hacen los mayores esfuerzos para establecer la metodología más práctica y adecuada, y la experiencia obtenida les ha revelado que existen diferencias substanciales entre el método a nivel rural y el clásico empleado a nivel urbano, desde los dispensarios especializados.

El Dr. Calvo afirma por último que, sobre la base de la experiencia en su país, se ha preparado un plan para el desarrollo de un control integral y completo de la tuberculosis en la región central, el cual va a recibir la colaboración técnica y financiera de la Oficina Sanitaria Panamericana y del

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 40-41.

UNICEF, con lo cual se avanzará en el desarrollo y perfeccionamiento de métodos más prácticos y adecuados para el control de la tuberculosis, susceptibles de ser aplicados en países como el suyo.

### *Informe de la Delegación de la Argentina*

El Dr. OLGUÍN (Argentina) empieza diciendo que la tuberculosis es aún un problema de salud en la Argentina, constituyendo una de las principales causas de invalidez y muerte en las épocas más productivas de la vida. Ofrece diferentes grados de gravedad según las divisiones políticas, siendo por lo tanto un problema nacional que, como tal, ha sido afrontado mediante la coordinación de esfuerzos de las distintas organizaciones en el orden nacional, provincial, municipal y privado. Considera que es también un problema internacional, y por tal motivo, la lucha antituberculosa en su país se lleva a cabo de acuerdo con las normas de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Internacional contra la Tuberculosis.

En cuanto a la tuberculosis animal, manifiesta que si bien como zoonosis no significa un grave problema, es de la mayor trascendencia por el riesgo que supone de infección para el hombre y por la enorme pérdida económica que ocasiona al país. Añade que, a este respecto, los decomisos totales o parciales registrados por causa de esta enfermedad por la Inspección Veterinaria Nacional, en el año 1959 ascendieron a 177.697 animales sobre un total de 3.132.058 de bovinos sacrificados en los frigoríficos controlados, lo que representa el 5,5 %, y que la Dirección Nacional de Zoonosis señala un 17 % para el ganado lechero y un 8 % para el ganado de carne. Indica que la erradicación de la tuberculosis bovina exige un gran esfuerzo económico inicial, pero será compensado ampliamente por sus resultados, incluso sin tener en cuenta los beneficios de índole sanitaria que se derivarían de ello.

A continuación señala las grandes pérdidas económicas que ocasiona la tuberculosis humana, y dice que en la Argentina existen en la actualidad cerca de 15.000 camas para tuberculosos. Calculando el costo promedio de día-cama en 350 pesos argentinos, se invierten en asistencia alrededor de 1.900.000 pesos anuales, registrándose alrededor de 10.000 casos nuevos de tuberculosis al año y teniendo que abonar salarios a estos enfermos aunque no trabajen,

lo que calculándose en 4.000 pesos el promedio de retribución mensual supone una pérdida de 480 millones. En el supuesto de que la mitad de esos enfermos nuevos siga su tratamiento en internados, la otra mitad debe ser tratada ambulatoriamente a un costo unitario de 25.000 pesos por año, es decir, un total de 125 millones. Añade que se registran anualmente de 3.000 a 4.000 defunciones por tuberculosis, de las cuales las tres cuartas partes ocurren en la edad de mayor capacidad productiva.

El Dr. Olguin señala que los datos expuestos representan una pérdida de más de 4.000 millones de pesos al año, teniendo que agregar la falta de productividad de miles de crónicos e inválidos por causa de la tuberculosis, los gastos de protección y asistencia social a los familiares de los enfermos o muertos por tuberculosis y la pérdida que implica la muerte del enfermo a los efectos de la procreación.

Sigue diciendo que la lucha antituberculosa se inició en la Argentina a fines del siglo pasado, sobre todo por iniciativa de entidades privadas benéficas, como la Liga Argentina contra la Tuberculosis y la Sociedad de Damas de Beneficencia; luego aportaron su esfuerzo organizaciones oficiales nacionales, provinciales, municipales y universitarias, siendo muchos los intentos infructuosos realizados para coordinar la lucha antituberculosa, hasta que en 1957, el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación emprendió la tarea de unificar y coordinar esta campaña en todo el país, sentando las bases de la actual organización que, con criterio integral, comprende: una entidad central rectora para todo el país que es la Dirección de la Lucha Antituberculosa del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública; un conjunto de direcciones provinciales especializadas que son ejecutivas en sus respectivos territorios, y entidades privadas de lucha que en la capital federal y en algunas provincias desarrollan una labor de convergadura.

Añade que existe además un organismo normativo, el Consejo Asesor y Coordinador de la Lucha Antituberculosa, que bajo la presidencia del Director agrupa en el orden nacional a todos los directores provinciales, a los directores de entidades privadas, a los profesores de la materia y a otros especialistas destacados; la organización así integrada, desarrolla un programa nacional de gran amplitud. La ayuda federal consiste en la aportación de fondos, asesoramiento técnico, medicamentos, equipo, personal, locales, etc. a las organizaciones provin-

ciales, municipales o privadas de lucha antituberculosa. Además, la Federación Argentina de Sociedades Antituberculosas Privadas tiene por finalidad uniformar la acción de todas ellas y establecer vínculos de estrecha colaboración con las instituciones oficiales para el acatamiento de las disposiciones del programa nacional vigente.

Informa que la Argentina cuenta con 13.798 camas para tuberculosos; con dispensarios de jurisdicción nacional, provincial, municipal y privada y con una acción complementada por hospitales, centros de salud, dispensarios maternoinfantiles, etc.; con varios laboratorios de producción de vacuna BCG; con médicos especializados, en número suficiente en la capital federal y en las grandes ciudades del interior, aunque insuficiente en vastas zonas del país. La consignación del Ministerio Nacional para la lucha antituberculosa ascendió aproximadamente a 400 millones de pesos en el último ejercicio, suma a la que hay que añadir 500 millones de pesos invertidos por las organizaciones provinciales, municipales y privadas.

Señala que entre las más recientes realizaciones de su país en materia de lucha antituberculosa, dentro de la acción rectora y normativa del organismo nacional, se encuentran la creación de direcciones provinciales de lucha antituberculosa; la ayuda federal a las provincias por medio de asignaciones, elementos, equipo, personal, asesoramiento, etc.; los convenios sanitarios, la contratación de médicos fisiólogos, la habilitación de camas para tuberculosos y la legislación antituberculosa, entre la que cabe mencionar, como más importante en el orden nacional, la ley que establece la vacunación antituberculosa obligatoria y el decreto reglamentario de la misma.

El orador hace constar que se ha llevado a cabo una encuesta sobre la prevalencia de la tuberculosis, con la colaboración de la OMS y el UNICEF, y bajo la dirección del Consejo Asesor de la Nación, el Consejo de la capital federal ha procedido a coordinar la actividad de las dependencias municipales y privadas en la ciudad de Buenos Aires.

Destaca que ha sido muy notable la actividad científica desarrollada en la lucha antituberculosa y que los especialistas del país han organizado o colaborado en diferentes "Jornadas Tisiológicas" y en congresos internacionales.

Anuncia, por último, que el 2 de diciembre de 1961 fue inaugurado el Centro Nacional de Lucha Antituberculosa en Recreo, provincia de Santa Fe,

destinado a la capacitación de personal técnico y auxiliar necesario para la lucha antituberculosa en todo el país, a la investigación y aplicación de los métodos de lucha y al asesoramiento permanente de todos los organismos especializados.

#### *Informe de la Delegación de Chile*

El Dr. BRAVO (Chile), al dar cuenta de la situación de la tuberculosis en su país, manifiesta que está registrándose un fenómeno epidemiológico que consiste en que en la zona urbana e industrial de los alrededores de Santiago, antiguamente la más afectada, se registra franca tendencia al descenso de todos los índices de orden epidemiológico, fenómeno análogo al ocurrido en Noruega hace 30 años. Pone como ejemplo que la infección tuberculosa hace 10 ó 15 años llegaba en Santiago al 83 % en los adultos jóvenes, y hoy no pasa del 20 % de los adultos positivos; que la búsqueda de casos adultos, que hace algunos años indicaba alrededor de un 13 % de enfermos en la población joven, actualmente indica un 0,3 %; que, por lo que se refiere a la mortalidad, que en otras partes del país llega a 51,7 por 100.000 habitantes, actualmente en Santiago es de 22,8. Agrega que el centro importante de tuberculosis se ha desplazado hacia las zonas rurales del sur y hacia las zonas mineras del norte, y que es en ellas donde las cifras se están invirtiendo, puesto que en lugar de disminuir, como en Santiago, están aumentando en proporción importante.

El Dr. Bravo señala que entre los elementos de lucha de que dispone Chile figura la vacunación colectiva con BCG, primero en las zonas urbanas y después en las rurales, en las que la vacunación ha alcanzado a un millón de niños en total.

Agrega que después el nivel de vacunación se mantiene en forma ordinaria y se están vacunando alrededor de 200.000 niños anualmente, lo que representa un 80 % de los niños nacidos en maternidades. Posteriormente, con los alérgicos se utiliza ácido nicotínico.

Señala que, hace algunos años, al empezar a aplicar las drogas antituberculosas y comprobar cómo disminuía la mortalidad, se pensó en que iba a acabarse con el problema y por ello se suprimieron camas para tuberculosos, pero en la actualidad han tenido que restablecerlas, por lo que muestra su

preocupación. Termina anunciando que Chile ha firmado un convenio con el UNICEF, que se va a someter a la consideración de la Oficina Sanitaria Panamericana para su aprobación técnica, a fin de iniciar un programa piloto para controlar la tuberculosis y poder desarrollar nuevos métodos.

#### *Informe de la Delegación de Francia*

El Dr. HYRONIMUS (Francia) afirma que la lucha contra la tuberculosis se desarrolla en Guadalupe, en Martinica y en la Guayana Francesa en el cuadro de los servicios de salud pública, apareciendo rigurosamente integrada en ellos. Las pruebas clínicas de la tuberculosis se han generalizado, realizándose en todos los centros de protección materna e infantil; así, en las escuelas, se llevan a cabo periódicamente, para comprobar el número de niños afectados por esta enfermedad.

Agrega que la vacunación con BCG es obligatoria para los niños, practicándose tanto en los centros de protección como en las escuelas, según la edad.

Indica que tanto en el control de los adultos como en el que se efectúa con los escolares, los exámenes radioscópicos han sido reemplazados por exámenes radiográficos, los cuales se practican a casi toda la población de la Martinica, se han extendido en Guadalupe y van a ser más ampliados, hasta generalizarlos, en la Guayana, a partir del 1 de enero de 1963. Se espera que de esta forma disminuirá bastante rápidamente la morbilidad por tuberculosis, siendo de destacar que la mortalidad se ha atenuado en proporción considerable gracias a los nuevos métodos empleados en el tratamiento.

Termina diciendo que de esta forma se desterrará la terrible enfermedad que durante varios años ha estado muy extendida en las Antillas Francesas.

#### *Informe de la Delegación de Guatemala*

El Dr. NOVALES (Guatemala) hace referencia a la situación que en lo que se refiere a tuberculosis prevalece en Guatemala, e indica que en 1958 se vacunó a dos millones y medio de habitantes. Añade que, a raíz de dicha labor, con la ayuda de la Oficina Sanitaria Panamericana, se desarrolló un programa en tres Departamentos de Guatemala: en Escuintla, Santa Rosa y Sacatepéquez, que han

sido cubiertos en casi un 80 %. Ese trabajo ha consistido en amplias encuestas, empleándose la radiografía en los casos en que fue necesario. Señala que actualmente Guatemala dispone de tres centros quirúrgicos para los enfermos que requieren atención quirúrgica especializada.

Estima que si dispusiera de mayores recursos económicos, Guatemala podría desarrollar un programa más extenso, ya que si sólo se ha podido actuar en tres Departamentos, ello se debe a que son reducidos los medios con que se cuenta.

#### *Informe de la Delegación de Cuba*

El Dr. MARTÍNEZ JUNCO (Cuba) manifiesta que en el informe de su Delegación a la Conferencia aparece bastante detallado, aunque en forma sintética, el programa que se está siguiendo en Cuba para combatir la tuberculosis. Señala que antes de la Revolución existía el Consejo Nacional de Tuberculosis, lo que permitía tener determinados datos estadísticos sobre la enfermedad. Actualmente la lucha contra la tuberculosis incumbe a la Subsecretaría de Asistencia lo que ha permitido no sólo obtener los datos detallados correspondientes en las distintas provincias, sino también que cada uno de los programas abarcara los distintos aspectos que se consideraban esenciales. El aumento del número de camas para los tuberculosos en los establecimientos hospitalarios no se ha hecho a nivel nacional ni valiéndose de datos que sólo comprobaba un organismo autónomo, sino que las propias regiones son las que han establecido las necesidades basándose en los datos que ellas mismas poseen. Informa que en el aumento de camas realizado después de la Revolución, 100 han correspondido a la provincia de Pinar del Río; 468 a la de La Habana; 303 a la de Matanzas; 130 a Santa Clara; 200 a Camagüey y 420 camas a Oriente. Todo esto ha sido programado por cada una de las regiones, ascendiendo el aumento total a 1.621 camas que, unidas a las que ya existían, suman más de 6.000 camas, y los futuros aumentos se harán de acuerdo con el estudio de las necesidades de cada región.

Subraya la importancia y significación de esas cifras y añade que en investigaciones radiográficas efectuadas en los últimos años se halló un índice de prevalencia del 1 % en 1959, índice que en 1960 fue del 0,8 por ciento.

Concluye diciendo que, a su juicio, es importante conceder un subsidio al tuberculoso e indica que, aun cuando todavía no existe una ley a este respecto, cada vez que ahora se descubre la existencia de un enfermo de esta clase se le sigue pagando el salario que normalmente percibía.

#### *Informe de la Delegación del Reino de los Países Bajos*

El Dr. VAN DER KUYP (Reino de los Países Bajos) dice que, como Surinam no ha sido incluido en el informe sobre la tuberculosis, va a referirse brevemente a la situación existente en esta materia. El número de casos nuevos de tuberculosis, desde 1958 a 1961, fue de 135, 187, 126 y 187 respectivamente; y de defunciones ocurridas en los mismos años fue de 20, 20, 22 y 23. El jefe del departamento antituberculoso es un tisiólogo que recibió adiestramiento en Holanda. La Agencia para el Desarrollo Internacional ha concedido becas a dos funcionarios: al técnico jefe en rayos X, que ha terminado recientemente un curso de orientación en los Estados Unidos de América, y a un médico que se encuentra en dicho país, cursando estudios sobre los aspectos de salud pública y clínicos relacionados con la tuberculosis. En 1961, el servicio recibió un segundo aparato para radiografías colectivas, y se ha reorganizado e intensificado la labor de examen y observación ulterior de los contactos. Cuatro organismos se ocupan de los problemas sociales y económicos de los pacientes. En 1961 se inauguraron 10 casas amuebladas de dos pisos para enfermos crónicos. En enero y febrero del mismo año, el Dr. M. A. Bleicker, en una investigación que comprendió 6.403 niños de edad escolar, demostró el fenómeno de la sensibilidad no específica a la tuberculina en Surinam, y además notificó que la situación de los escolares no inmunizados había mejorado después de la campaña de inmunización con BCG, realizada por el Gobierno de Surinam con la ayuda de la OSP/OMS y el UNICEF, en la que se vacunó a 55.521 personas. Los porcentajes de niños con reacción positiva a la tuberculina en el grupo de edad de 4 a 14 años fueron de 21,6 y de 17,2 en 1955 y 1961, respectivamente, y en el grupo menor de 10 años, de 14,4 y 9,7, también en los mismos años. Se está llevando a cabo una nueva encuesta sobre la

tuberculosis, en la que hasta ahora se ha examinado a 20.000 niños.

#### *Informe de la Delegación del Uruguay*

El Dr. VIDOVICH (Uruguay) hace historia de la lucha en su país contra la tuberculosis a partir del último cuarto del siglo pasado en que se estableció el primer hospital de esta especialidad y menciona los diferentes centros y organismos que han ido creándose sucesivamente. Añade que, sin embargo, la enfermedad avanza, siendo insuficiente el número de camas.

Señala que en 1946 se instituyó la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, con relativa autonomía y contando con recursos propios en favor de los pacientes para que, al hospitalizarse, lo hicieran con tranquilidad al saber que su familia estaba amparada y protegida. Dos años después se creó el servicio de dispensarios móviles, que, con fines profilácticos y de educación y propaganda popular en materia de salud, recorren el territorio nacional, realizando el catastro torácico y dando consejos de carácter higiénico para prevenir y combatir otras enfermedades transmisibles. Tanto este servicio como el Servicio Central de Asistencia y Preservación Antituberculosa del Ministerio de Salud Pública prestan intensa asistencia social e intervienen en mejoras y construcciones hospitalarias en todo el país.

El Dr. Vidovich indica que sin ninguna interferencia con otros servicios, la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa viene llenando los siguientes cometidos: a) el estudio y elaboración (y asesoramiento en la medida necesaria) de los planes destinados a combatir la tuberculosis; la construcción y organización de hospitales y colonias, redacción de reglamentos, vigilancia de servicios, etc.; b) la organización y dirección del censo y estadística de los enfermos tuberculosos en el país; c) la preparación y dirección de la propaganda en favor de esta lucha, y d) la administración e inversión de las cantidades recaudadas de acuerdo con la ley.

Por su parte, los dispensarios móviles dependientes de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, cuyo principal cometido consiste en la búsqueda de los casos ignorados, cumplen además las siguientes funciones: a) investigación

tuberculínica sistemática de la población; b) radiografía de todas las personas que tengan más de cuatro años de edad y de las menores con reacción tuberculínica positiva; c) administración de la vacuna BCG a personas de cualquier edad y a los tuberculonegativos, y d) educación y propaganda antituberculosa.

El orador manifiesta además que la mencionada Comisión ha construido y transferido al Ministerio de Salud Pública un laboratorio para la preparación de BCG, que también producirá vacuna para otros países.

Agrega que, en lo que se refiere a asistencia económicosocial, se otorgan pensiones mensuales a los familiares de enfermos tuberculosos sometidos a tratamiento hospitalario, domiciliario y ambulatorio, con lo que se asegura un tratamiento precoz y el control efectivo de los focos. Las pensiones pagadas en los últimos años han sido las siguientes:

Años	Promedio de pensiones pagadas por mes	Importe total
1958 .....	2.363	3.737.272,58 pesos
1959 .....	2.214	3.968.392,30 »
1960 .....	2.090	5.238.279,21 »
1961 .....	1.915	5.849.751,89 »

Un dólar equivale aproximadamente a 11,00 pesos uruguayos.

A título ilustrativo señala que desde 1945—año en que se instituyó el servicio de pensiones—hasta diciembre de 1960, se ha invertido la suma total de 34.527.343 pesos uruguayos, y añade que hasta el 30 de agosto de 1961 habían sido registradas en todo el país 17.268 familias de tuberculosos.

El Dr. Vidovich manifiesta que en la profilaxis se ha llevado a cabo el examen colectivo por los dispensarios móviles desde agosto de 1948 a diciembre de 1957, realizándose tres exámenes completos: a) cutipuntura (Trambusti-Stewart); b) abreugrafía en película de 70 mm, y c) vacuna BCG por vía bucal a todos los cutinegativos (técnica de Arlindo de Assis) en dosis única de 0.10 gm a menores de 12 años y de 0.20 gm a los mayores de esa edad. El primer examen (1948/1951) abarcó 827.233 personas con una proporción de 34,7 % de positivos; en el segundo (1951/1954) se examinó a 1.087.736 personas con un 43,3 % de sos-

pechosos; y en el tercero (1954/1957) se examinó a 1.108.357 personas con un 42 % de positivos. Las lesiones de tuberculosis pulmonar presumiblemente activas ascendieron a las siguientes cifras:

1 <sup>er</sup> catastro.....	7.591	9 por 1.000
2 <sup>do</sup> catastro.....	4.981	5 por 1.000
3 <sup>er</sup> catastro.....	3.635	3 por 1.000

En el cuarto examen, realizado en el período de 1957/1962, se vienen reuniendo las cifras de abreugrafías y vacunaciones con BCG en 15 departamentos de la República, ya que los tres restantes se incluyen en la población de Montevideo por razones de vecindad.

El número de abreugrafías asciende a 613.783; el de cutipositivos a 453.807; y el de dosis aplicadas de BCG a 158.205.

El orador señala que la proporción de cutipositivos alcanzó al 74,9 por ciento. Desde 1948 se vacuna con BCG a todos los cutinegativos, lo que explica este alto porcentaje de reaccionantes a la tuberculina. Es significativo que el 95 % de las personas a quienes se le propone la vacunación la aceptan sin reservas, a pesar de que no es obligatoria en el Uruguay. En los últimos años se han aplicado más de 950.000 dosis de BCG.

En la quimioprofilaxis se han iniciado pruebas en reaccionantes aparentemente sanos, pertenecientes a focos controlados. Señala que los focos son controlados por la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa en los 18 Departamentos del interior del país y los restantes por el Servicio de Asistencia y Preservación Antituberculosa, principalmente de Montevideo.

En cuanto a educación en materia de salud, señala el orador que se ha logrado que las actividades preventivas sean aceptadas por las masas con persuasión y sin imposiciones, para lo cual se han empleado distintos medios y técnicas de divulgación y propaganda.

El Dr. Vidovich se refiere después a las estadísticas y dice que se publican de manera regular, facilitando los datos siguientes acerca de la mortalidad por tuberculosis:

Año	Población estimada	Mortalidad	Tasa por 100.000 habitantes
1957 .....	2.732.000	599	21,9
1958 .....	2.768.000	519	18,8
1959 .....	2.801.000	507	18,1



El número total de enfermos registrados en el quinquenio de 1956-1960, en los 18 Departamentos del interior del país, ascendió a 4.216, lo que arroja un promedio diario de 2,31 de nuevos casos registrados. El total anual de pacientes alcanzó un máximo de 1.000 en 1958, pero disminuyó en los años siguientes. En los procesos antiguos se apreció un descenso progresivo uniforme en el quinquenio mencionado, aunque se registró un aumento en 1960, siempre menor al registrado en 1956.

En cuanto al sexo, hay predominio de tuberculosos del sexo masculino, siendo más considerable el número de enfermos menores de 40 años que el de mayores de esta edad. La proporción de formas extratorácicas es aproximadamente del 1 por ciento. Sin embargo, acusaron un incremento de 2,2 % en 1958. En las formas intratorácicas predomina la localización pulmonar en una proporción del 94,4 %; la forma adenopática se mantiene alrededor del 3 %, y la pleuresía entre el 2,2 y el 2,7 por ciento.

Indica que los centros fisiológicos departamentales, radicados en cada una de las 18 cabezas de departamento del interior y del litoral de la República, han venido a complementar la obra que llevan a cabo la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y el Servicio de Asistencia y Preservación Antituberculosa. La organización nacional de la lucha antituberculosa cuenta con cuatro camas y media especializadas por defunción anual causada por tuberculosis, lo que significa una mayor eficiencia asistencial.

#### *Informe de la Delegación del Perú*

El Dr. QUMÓS (Perú) recuerda las decisiones adoptadas sobre este tema en la XV Conferencia Sanitaria Panamericana y señala que, a solicitud de su país, la Organización ha venido realizando esfuerzos para establecer un programa continental de lucha contra la tuberculosis.

En cuanto a la labor realizada recientemente en el Perú indica que el Congreso adoptó una ley mediante la cual se creó un impuesto especial para obtener fondos para la campaña antituberculosa, esperándose que al comenzar el año se habrán recaudado unos \$ 2.000.000, cifra que irá aumentando progresivamente. Por otra parte, con la colaboración del UNICEF se está desarrollando un

programa antituberculoso en el sur del país.

Añade que no cree posible la realización de campañas pasajeras, pues está convencido de que solamente pueden dar resultado las que se lleven a cabo apoyándose en servicios cuya organización esté consolidada. Termina manifestando que el primer equipo móvil de rayos X proporcionado por el UNICEF llegó a la ciudad de Lima hace pocos días y que es el primero en su género que se va a poner en uso en América.

#### *Informe de la Delegación de Colombia*

El Dr. PÉREZ ARCHILA (Colombia) manifiesta que en Colombia se han fusionado los dispensarios antituberculosos y los centros epidemiológicos en unidades denominadas "Consultorios de vías respiratorias", las cuales se han integrado funcional y físicamente, en algunos casos a nivel de un organismo de salud local y realizan las tres funciones fundamentales: prevención (mediante quimio y bioprofilaxis), diagnóstico y tratamiento.

Añade que adseritas a esos consultorios fijos se han puesto en funcionamiento, para poblaciones de más de 200.000 habitantes, unidades móviles radiológicas para el diagnóstico, tratamiento y control de enfermos y que se planea el establecimiento de otras unidades para cada dos distritos integrados de salud. Termina diciendo que esta organización constituye el aspecto fundamental en la nueva orientación de las actividades antituberculosas.

#### *Intervención del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana*

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) dice que está de acuerdo con lo manifestado por el Dr. Calvo, en lo que se refiere al plan continental. Añade que si se tienen en cuenta los datos incompletos del año de 1957, resulta que los Gobiernos gastaron \$ 20.000.000 en la lucha contra la tuberculosis, por lo cual el hecho de planear para descubrir y tratar 1.900.000 casos más en el decenio, invirtiendo en ello \$ 60.000.000 al año, parece exagerado, considerando, por tanto, valiosa la sugerencia del Representante de Panamá, en el sentido de que se podría establecer un plan que justificara la participación del programa de la Alianza para el Progreso. Agrega que, sin embargo, se ha modificado la primitiva

política establecida por el Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria, en el sentido de no considerar indispensable una encuesta previa de prevalencia para poder obtener la contribución del UNICEF.

Dice que, por el contrario, la encuesta puede ser seguida inmediatamente por el diagnóstico, el tratamiento de los casos y el control de los mismos. En México y Panamá, por ejemplo, tal vez sea posible proyectar en la actualidad en varios centros de salud, programas de control de la tuberculosis para los cuales se podría obtener la colaboración de la Organización Mundial de la Salud y del UNICEF si los Gobiernos así lo desean; por ello sugiere que, mientras se analiza la posibilidad de llevar a cabo el plan continental, los Gobiernos comprueben si en todos los organismos locales, urbanos y rurales, en donde hoy se elaboran programas de desarrollo, la lucha contra la tuberculosis ocupa el lugar que le corresponde. Expresa sus temores de que tal cosa no suceda, lo que impediría que la acción para el control de esta enfermedad se extendiera en la forma adecuada.

El Dr. Horwitz termina diciendo que el uso decreciente de la hospitalización en el caso de los tuberculosos es un ejemplo de la evolución experimentada por la atención médica, y que es evidente que el promedio correspondiente podrá reducirse en gran proporción con las nuevas técnicas que acentúan el control y el tratamiento domiciliario.

*Decisión:* Se acuerda encomendar al Relator de la Comisión I que prepare un proyecto de resolución recogiendo los puntos de vista expuestos en el curso del debate.<sup>1</sup>

### **Felicitación a Trinidad y Tabago con motivo de su independencia**

El PRESIDENTE anuncia que Trinidad y Tabago alcanzará su independencia a las 11 en punto de la noche y sugiere que los Representantes expresen con un aplauso su felicitación al nuevo Estado.

*Los Representantes se levantan y tributan un aplauso a Trinidad y Tabago.*

### **Tema 2.9: Informe sobre las actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este y proyecciones futuras**

El Dr. CUTLER (Director Adjunto, OSP) manifiesta que, entre las numerosas actividades que la Oficina ha emprendido de conformidad con la Carta de Punta del Este, se ha concedido especial atención a la planificación en materia de salud. La Oficina ha iniciado las gestiones para el adiestramiento de planificadores y el establecimiento de la metodología de la planificación, guías y manuales mediante la colaboración del Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), de la Universidad Central de Venezuela.

En cooperación con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social se celebrará anualmente un cursillo destinado a los principales planificadores de salud de cada uno de los Gobiernos. Las becas para este curso serán facilitadas por la Oficina. También se han elaborado planes para organizar un curso similar en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, financiado en su mayor parte por la Agencia para el Desarrollo Internacional.

En los documentos presentados a la Conferencia se han expuesto detalladamente las actividades actuales de la Oficina y la expansión necesaria para alcanzar los objetivos de la Carta, particularmente en materia de malaria, viruela y tuberculosis. A este respecto, merece especial mención la cooperación establecida entre la Oficina y las instituciones internacionales de crédito, sobre todo en lo que se refiere a los proyectos de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas, cooperación que ha sido descrita en detalle en el informe presentado por el Ing. Shipman, Jefe del Departamento de Saneamiento del Medio.

En cuanto al Grupo de Estudio sobre la Salud, previsto en la Carta de Punta del Este, se han celebrado reuniones de varios grupos especializados para examinar problemas específicos. Un compendio de sus informes y recomendaciones será presentado a la reunión del Consejo Interamericano Económico y Social que se va a celebrar en México, D. F., en octubre de 1962.

También se han hecho las gestiones oportunas para que la Oficina participe en los trabajos de las diversas misiones tripartitas de planificación (Or-

<sup>1</sup> Véase acta de la novena sesión plenaria, pág. 177.

ganización de los Estados Americanos, Banco Interamericano de Desarrollo y Comisión Económica para América Latina, de las Naciones Unidas), solicitadas por los Gobiernos. La primera de ellas fue la misión tripartita para el Uruguay, cuyo informe preliminar ha sido presentado al Secretario General de la Organización de los Estados Americanos. Se está organizando una segunda misión destinada al Paraguay y varios miembros de una tercera misión han salido ya para Centro América y Panamá.

Por consiguiente, es indudable que la OPS está actuando en colaboración con otros organismos nacionales e internacionales, públicos, privados, multilaterales y bilaterales, para contribuir, dentro del espíritu de la Carta, al mejoramiento de la salud de los pueblos de las Américas.

*Decisión:* Se acuerda encargar al Relator de la Comisión I que prepare un proyecto de resolución sobre este tema.<sup>1</sup>

#### **Tema 2.12: Resoluciones de la Organización Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional**

El Dr. CUTLER (Director Adjunto, OSP) manifiesta que las resoluciones de la 15ª Asamblea Mundial de la Salud relacionadas con materias que también figuraban en el programa de temas de la Conferencia, tales como el programa de erradicación de la malaria, aportaciones voluntarias a la Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación del Paludismo, erradicación de la viruela, nutrición, etc., ya han sido estudiadas en los debates anteriores. La Resolución WHA15.57, referente al Decenio

<sup>1</sup> Véase acta de la novena sesión plenaria, pág. 178.

de las Naciones Unidas para el Desarrollo,<sup>2</sup> encierra interés especial puesto que los fines de dicho Decenio tienen mucho en común con la Resolución A.2 de la Carta de Punta del Este.

*Decisión:* Se acuerda encargar al Relator de la Comisión I que prepare un proyecto de resolución sobre este tema.<sup>3</sup>

#### **Tema 2.15: Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas**

##### *Constitución de un grupo de trabajo*

Al examinarse este asunto, el Dr. JAVIER (Honduras) propone que se adopte como tema para las Discusiones Técnicas de la próxima reunión del Consejo Directivo el siguiente: "Las actividades de higiene mental y su incorporación a los programas de salud nacionales y locales".

Después de un debate en el curso del cual varios Representantes formulan sugerencias sobre este asunto, el PRESIDENTE propone que se constituya un grupo de trabajo integrado por los Representantes de Jamaica, México y Venezuela para que, tomando en cuenta los temas sugeridos, presente recomendaciones a la Conferencia, entre las cuales en sesión plenaria, pueda escoger el tema definitivo.

*Así se acuerda.*<sup>4</sup>

*Se levanta la sesión a las 23 h. 50 m.*

<sup>2</sup> Act. of. Org. mund. Salud 118, 28-29.

<sup>3</sup> Véase acta de la novena sesión plenaria, págs. 178-179.

<sup>4</sup> El informe del grupo de trabajo aparece en el acta de la novena sesión plenaria, págs. 182-183.

## COMISION II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos)

### PRIMERA SESION

Lunes, 27 de agosto de 1962, a las 10 h. 45 m.

Presidente: Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil)

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, declara abierta la sesión y anuncia que, por delegación del Director de la Oficina, actuará de Secretario de la Comisión II el Dr. Stuart Portner, Jefe de Administración de la OSP.

#### Elección del Vicepresidente

El PRESIDENTE invita a los señores Representantes a que formulen propuestas para el cargo de Vicepresidente.

El Dr. MORAES (Brasil) propone al Representante del Paraguay.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador) y el Dr. QUIRÓS (Perú) apoyan esta proposición.

*Decisión:* Se aprueba por unanimidad el nombramiento del Representante del Paraguay, Dr. Dionisio González Torres, para el cargo de Vicepresidente de la Comisión II.

#### Elección del Relator

El PRESIDENTE invita a formular propuestas para el cargo de Relator.

El Dr. MORAES (Brasil) propone al Representante de Venezuela.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador) y el Dr. QUIRÓS (Perú) apoyan esa propuesta.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba la designación del Representante de Venezuela, Dr. Daniel Orellana, para el cargo de Relator de la Comisión II.

#### Tema 3.3: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP) señala que el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961, que figuran en el *Documento Oficial No. 39*, fueron presentados a la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo, celebrada en Washington, D. C., el pasado abril. El Informe Financiero constituye no sólo una exposición de la administración de los fondos confiados al Director y personal de la Oficina, sino también una expresión, en términos financieros, de los progresos de la salud pública internacional en las Américas. Durante el año último, se invirtieron más de \$ 11.000.000, procedentes de las diversas fuentes de fondos de la Organización, lo cual representa una inversión superior, en algo más del 13 %, a la correspondiente a 1960.

Refiriéndose al servicio de compras por cuenta de los Gobiernos, señala que el reducido movimiento en ese aspecto ha dado lugar a que se pida a los Gobiernos que den a conocer su opinión acerca de la continuación de dicho servicio, antes de la reunión que el Comité Ejecutivo ha de celebrar en la primavera de 1963.

La proporción recaudada de cuotas correspondientes a 1961 ascendió al 84,49 % y representa la mejor recaudación en cinco años. En cuanto a las cuotas atrasadas, la cantidad recaudada fue la mayor en una década. Hubiera sido alentador que el Director hubiese podido informar de que la recaudación de cuotas prosigue en 1962 al mismo ritmo que en 1961 o mejor. Este asunto se analizará detalladamente cuando se trate el tema relativo a las cuotas. Ahora bien, en este momento cabe decir que la recaudación de cuotas en 1962 no está a la altura de la de 1961.

El elevado nivel de egresos—97,75 %—en comparación con el total de las asignaciones presupuestarias, fue el mejor en los últimos cinco años. La distribución de los gastos, por títulos, revela la tendencia hacia la concentración de aquéllos en los programas y la constante disminución del porcentaje correspondiente a la Sede.

El saldo del Fondo de Trabajo ha aumentado de \$ 1.143.185 en 1961 a \$ 1.707.059 en 1962; el aumento es satisfactorio pero hay que tener en cuenta que el saldo no representa el 60 % prescrito, sino solamente el 32 % del presupuesto autorizado.

Gracias a aportaciones voluntarias recibidas de los Gobiernos de Colombia y Estados Unidos de América, el Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria aumentó en algo más de un millón y medio de dólares. También se recibieron contribuciones importantes para el Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua.

Al referirse al Informe del Auditor Externo, el Dr. Portner llama la atención sobre la comparación de los egresos presupuestarios de 1961 con los de los dos años precedentes, y sobre el estado de las cuotas pendientes de pago. Analiza cada uno de los puntos principales expuestos por el Auditor Externo y seguidamente da lectura al último párrafo del informe de éste, donde se resumen la situación financiera y las actividades de la Organización en comparación con las de hace 10 años. Por último, llama la atención sobre la Resolución I que el Comité Ejecutivo aprobó en su 46ª Reunión<sup>1</sup> después de examinar los dos informes por él presentados.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos de América) agradece al Dr. Portner su atinado resumen de los informes. Todos deben sentirse complacidos por las observaciones que ha formulado el Auditor Externo acerca del mejoramiento del estado financiero de la Organización, así como de la administración de los fondos disponibles procedentes de diversas fuentes. Señala que los saldos del Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria y del Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua eran bastante elevados a fines de 1961; por consiguiente, le interesaría saber si la cuantía de las obligaciones contraídas con cargo a dichos fondos en 1962 producirá una situación similar a fines de año.

<sup>1</sup> Véase pág. 321.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) se felicita de que se haya logrado recaudar más de \$ 800.000 de cuotas atrasadas, y aclara que la cuenta de \$ 2.503 que tenía pendiente Nicaragua con el Fondo Rotatorio de Emergencia, según figura en el Informe Financiero, ya ha sido cancelada, de manera que su país no tiene ninguna deuda con la Organización.

El Dr. QUIRÓS (Perú) expresa su satisfacción al observar que este informe del Auditor Externo es más optimista que el presentado en la última reunión del Consejo Directivo, celebrada en octubre de 1961. Recuerda que en aquella ocasión indicó que no debían detenerse los programas de la Organización, como se está confirmando ahora, y agrega que tales programas tienen que extenderse para beneficio de todos los países. Dice que ya entonces señaló la conveniencia de que el Auditor hiciera sus observaciones más objetivas, con más amplia perspectiva, y menos dirigidas hacia determinados objetivos, y que le complace comprobar que la tesis que sostuvo el año pasado se ha confirmado.

El Dr. Quirós indica que su país se está esforzando para ponerse al día en el pago de las cuotas a la Organización.

Alude a los cambios introducidos respecto a los gastos relativos a las Oficinas de Zona, en virtud de la descentralización, lo que le parece una medida difícil de entender, y agrega que se referirá a ello cuando se discuta el proyecto de presupuesto. Este es un asunto, señala, que ha sido motivo de inquietud entre algunos Representantes en anteriores reuniones y, a su juicio, se le ha dado una solución más bien teórica.

El Dr. LAGOS BLANCO (Honduras) señala que su país abonó el día 20 del presente mes de agosto la cuota correspondiente a 1962 y que, por lo tanto, está al corriente en el pago.

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP) manifiesta que durante el año 1962 la Organización invertirá, con cargo al Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria, unos \$ 3.000.000, es decir, algo más del 90 % del estimado presupuestario del mismo. En cuanto a los gastos a cuenta del Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, ascenderán a unos 300.000 dólares.

*Decisión:* Se acuerda por unanimidad recomendar a la Conferencia que apruebe el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo, correspondientes a 1961.<sup>1</sup>

### **Tema 3.4: Informe sobre la recaudación de las cuotas**

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP) señala que del total de cuotas pendientes de pago en 1962, indicado en el Anexo al Documento CSP16/17,<sup>2</sup> debe deducirse la cantidad de \$ 14.906 que corresponde a la cuota del Gobierno de Honduras, que ha sido abonada con posterioridad a la preparación de dicho documento.

Añade que a pesar de las recomendaciones encareciendo el mejoramiento de la recaudación de cuotas, tanto del ejercicio en curso como atrasadas, a fin de asegurar la adecuada ejecución de las actividades de la Organización e incrementar el Fondo de Trabajo, el estado de dicha recaudación no ha llegado al nivel alcanzado en la misma fecha de 1961. Durante el año en curso, el Director se ha dirigido a los Gobiernos en varias ocasiones, a los efectos de lograr el pronto pago de las cuotas, gestión que también han realizado los Representantes de Zona, y el Director asegura a la Comisión y a la Conferencia que se ha hecho todo lo posible a ese respecto.

*Decisión:* Se acuerda por unanimidad recomendar a la Conferencia que tome nota del informe del Director sobre el estado de la recaudación de las cuotas, y que encarezca a los Gobiernos que tengan cuotas pendientes de pago, que las hagan efectivas a la mayor brevedad posible, con el fin de asegurar el desarrollo normal de las actividades de la Organización.<sup>3</sup>

### **Tema 3.5: Fondo Rotatorio de Emergencia**

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP) recuerda que en virtud de una resolución del Consejo Directivo, se asignó la cantidad de \$ 50.000 para establecer un Fondo Rotatorio de Emergencia,

que se utilizaría para efectuar compras urgentes de suministros, equipo y materiales para los Gobiernos. El Documento CSP16/18<sup>4</sup> indica el estado del Fondo el 30 de junio de 1962; ahora bien, ciertas transacciones realizadas posteriormente han reducido la suma disponible a \$ 34.283, en tanto que las cuentas pendientes de pago ascienden a \$ 15.717.

El PRESIDENTE destaca la importancia del Fondo Rotatorio de Emergencia, y añade que su propio país ha recurrido al mismo para efectuar compras de equipo. Subraya la conveniencia de que todos los países reembolsen, lo antes posible, las cantidades adelantadas.

*Decisión:* Se acuerda por unanimidad recomendar a la Conferencia que tome nota del informe del Director sobre el empleo del Fondo Rotatorio de Emergencia, y que encarezca a los Gobiernos que soliciten la ayuda de este Fondo, que reembolsen al mismo, en el más breve plazo posible, las cantidades adelantadas.<sup>5</sup>

### **Tema 3.7: Enmiendas al Estatuto y Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana**

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP) indica que sólo la segunda parte de este tema requiere una decisión de la Conferencia, es decir, las enmiendas al Estatuto y al Reglamento del Personal para que éstos guarden armonía con la Constitución, en la cual se emplean ahora los títulos de Director Adjunto y Subdirector. En cuanto a los demás cambios, puesto que la confirmación de las enmiendas al Reglamento del Personal incumbe al Comité Ejecutivo, se presentan principalmente a título de información y se refieren a la nueva definición de la remuneración con derecho a pensión; escala de sueldos correspondientes a los puestos de categoría profesional, ajustes por lugar de destino, subsidio por familiares a cargo, subsidio de educación, viajes, aumento de sueldo dentro del mismo grado, certificados médicos y vacunaciones, etc. El Dr. Portner detalla cada uno de los cambios introducidos y señala que fueron confirmados

<sup>1</sup> Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 167.

<sup>2</sup> Documento mimeografiado.

<sup>3</sup> Véase acta de la octava sesión plenaria, págs. 167-168.

<sup>4</sup> Documento mimeografiado.

<sup>5</sup> Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 168.

por el Comité Ejecutivo, así como la modificación de los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector.

*Decisión:* Se acuerda por unanimidad recomendar a la Conferencia que tome nota de las enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, introducidas por el Director y confirmadas por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión, que figuran en el Anexo del Documento CE46/3;<sup>1</sup> que tome nota de la decisión del Director en el sentido de que el actual Subdirector de la Oficina, Dr. John C. Cutler, sea en lo sucesivo Director Adjunto, y

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

el Secretario General, Dr. Víctor A. Sutter, Subdirector, y fijando el sueldo del Director Adjunto en \$ 17.900 por año y el del Subdirector en \$ 16.900 por año; y que se modifique el Artículo 3.1 del Estatuto del Personal en los siguientes términos: "Los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector serán determinados por el Director con la aprobación del Comité Ejecutivo"; y que se modifique la frase segunda del Artículo 230.1 del Reglamento del Personal, en la siguiente forma: "El Director, con la aprobación del Comité Ejecutivo, fijará los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector".<sup>2</sup>

*Se levanta la sesión a las 11 h. 50 m.*

<sup>2</sup> Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 168.

## SEGUNDA SESION

*Lunes, 27 de agosto de 1962, a las 15 h. 50 m.*

*Presidente:* Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil)

### **Tema 3.9: Moción de los Representantes de Nicaragua y Uruguay en la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo**

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, declara abierta la sesión y anuncia que se va a examinar el tema 3.9, relativo al sueldo del Director de la OSP.

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP), al presentar el Documento CSP16/19<sup>1</sup> sobre este tema, expone que el único sueldo correspondiente a puestos no clasificados de personal profesional que aún no ha sido reajustado es el del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Director Regional de la Organización Mundial de la Salud. Añade que, en 1951, el Comité Ejecutivo acordó establecer los emolumentos del Director de la Oficina en un sueldo de \$ 16.000, más una asignación de \$ 6.000 para gastos de representación, pero sin

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

mencionar subsidios como el ajuste por lugar de destino y el subsidio por familiares a cargo, que perciben otros funcionarios de categoría profesional.

En su 46ª Reunión, el Comité Ejecutivo aprobó la Resolución XVII,<sup>2</sup> presentada conjuntamente por los Representantes de Nicaragua y Uruguay, la cual recomienda a la Conferencia que aumente el sueldo del Director "a un nivel adecuado a la alta jerarquía e importantes funciones de dicho funcionario, estableciendo, además, en la oportuna proporción, los subsidios de que ya disfrutaban los demás funcionarios internacionales".

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) dice que, como ha expresado el Dr. Portner, en la reunión del Comité Ejecutivo celebrada en el mes de abril pasado, después de estudiar detenidamente el alto costo de vida que existe en la ciudad de Washington y las exigencias del cargo de Director de

<sup>2</sup> Véanse págs. 348-349.

la Oficina Sanitaria Panamericana, consideró dicho Comité que era justo que se fijara un sueldo adecuado a su rango, máxime cuando el corto periodo de mandato del Director hace que la pensión tenga que ser muy baja.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos de América) sugiere que, en vista de la resolución aprobada por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión y la decisión adoptada en la 15ª Asamblea Mundial de la Salud acerca de los sueldos de los Directores Regionales, sería preferible adoptar una resolución que tratara no sólo del sueldo del Director, sino también de los subsidios que a éste corresponden, es decir su remuneración total. La referida resolución podría estar concebida en los siguientes términos:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado la Resolución XVII, sobre el sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, adoptada por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión;

Teniendo en cuenta que la Resolución WHA15.5, adoptada por la 15ª Asamblea Mundial de la Salud,<sup>1</sup> en la que

<sup>1</sup> Act. of. Org. mund. Salud 118, 3.

se fija el sueldo de los Directores Regionales de la Organización Mundial de la Salud; y

Teniendo en cuenta que las responsabilidades del Director de la Oficina han aumentado considerablemente como consecuencia del desarrollo de la Organización y la ampliación de sus actividades durante los últimos diez años,

RESUELVE:

Fijar la remuneración del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, con efectividad a partir del 1 de enero de 1962, en la siguiente forma: sueldo anual, \$ 18.900; asignación anual para gastos de representación, \$ 6.000, y además los subsidios que normalmente se conceden a los funcionarios de la Oficina, de conformidad con el Reglamento del Personal.

*Decisión:* Por unanimidad, se acuerda recomendar a la Conferencia que adopte el proyecto de resolución presentado por el Representante de los Estados Unidos de América.<sup>2</sup>

*Se levanta la sesión a las 16 horas*

<sup>2</sup> Véase acta de la octava sesión plenaria, págs. 168-169.

## SESIONES CONJUNTAS DE LA COMISION I Y DE LA COMISION II

### PRIMERA SESION

*Martes, 28 de agosto de 1962, a las 8 h. 45 m.*

*Presidente:* Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil)

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, declara abierta la sesión y anuncia que, por delegación del Director de la Oficina, actuarán de Secretarios de las sesiones conjuntas el Dr. Víctor A. Sutter (Subdirector) y el Dr. Stuart Portner (Jefe de Administración).

#### **Tema 3.6: Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede**

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP) manifiesta que el Documento CSP16/21<sup>1</sup> sobre este

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 13.

tema, que forma parte de una serie de informes periódicos sobre las gestiones realizadas en este asunto, comprende el período transcurrido desde la XIII Reunión del Consejo Directivo. Entre dicha reunión y la del Comité Ejecutivo, la principal preocupación consistió en obtener la autorización de los correspondientes organismos reguladores de Washington para la construcción del edificio; desde entonces hasta la presente reunión, ha sido el financiamiento del edificio. Recuerda que los consultores expertos en arquitectura que asesoraron al Director, indicaron, cuando se celebró la XIII Reunión del Consejo Directivo, que el costo del edi-



ficio sería de unos \$ 4.800.000, suma con la cual se contaba en aquel momento.

Se reconoció que el estimado del arquitecto representaba tan sólo un cálculo aproximado y, a fin de obtener cifras de costo más precisas, el Subcomité Permanente de Edificios y Obras autorizó al Director a que recurriera a un experto en costos de construcción, a cuyo fin se contrataron los servicios de la empresa "H. A. Sloane Associates", de Nueva York. Como el estimado preliminar de dicha firma resultó algo más elevado que el presentado por el arquitecto, se le pidió que lo precisara. El estimado revisado, para la construcción y el equipo, fue ligeramente superior a \$ 6.600.000, es decir, más de \$ 1.800.000 que la cantidad de que se disponía.

El Director de la Oficina consultó al Subcomité Permanente de Edificios y Obras y se convino en que debía hacerse todo lo posible para reducir dicho presupuesto, sin alterar el diseño y estructura básicos del edificio proyectado.

Tras un minucioso análisis de la citada estructura, se estimó que podrían introducirse ciertas modificaciones, que se mencionan en el documento bajo discusión. El Dr. Portner expone en detalle dichas modificaciones y las economías que representaban. Explica a continuación los factores que se tuvieron en cuenta en la recomendación formulada al Subcomité Permanente, y añade que éste decidió, en consecuencia, establecer como límite para la construcción del edificio la suma de \$ 5.876.000, o sea, algo más de un millón que la cantidad de que disponía la Organización para esa finalidad. Como era evidente la necesidad de conseguir fondos adicionales, el Subcomité estimó que podría hacerse una gestión cerca de la Fundación W. K. Kellogg, que tantas muestras de generosidad había dado hasta la fecha; si no fuera posible obtener otra subvención de la mencionada entidad, se podría recurrir a otras fundaciones.

Además, el Subcomité expresó la opinión de que, en vista de lo incierto de la situación financiera, no era procedente iniciar la elaboración de los planos definitivos del edificio hasta que la Conferencia se pronunciara sobre este asunto.

El Dr. Portner dice que el Subcomité Permanente solicitó que su informe fuera leído en la Conferencia. A continuación da lectura al mismo y, al terminar, señala que tal vez el Dr. Horwitz desee

dar cuenta seguidamente de su entrevista con el Presidente de la Fundación W. K. Kellogg.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que existe un déficit de \$ 1.250.000 para llevar a cabo la construcción del edificio de la Sede definitiva de la Organización Panamericana de la Salud y de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, en un período prudencial; y que como se ha dicho en el informe, se le dieron instrucciones para tratar de obtener los fondos necesarios, acudiendo en primer lugar a fundaciones privadas.

Refiere que se entrevistó a tal fin con el doctor Emory W. Morris, Presidente de la Fundación W. K. Kellogg, quien le estimuló para que formulara una solicitud oficial a la Fundación. Agrega que en caso de que la respuesta no fuera afirmativa, debería autorizarse a la Oficina para que gestionara un crédito bancario a un plazo prudencial, que podría ser financiado sin alterar la tendencia regular de incremento del presupuesto. Es importante que la Conferencia se pronuncie sobre este asunto, para poder dar curso a la preparación de los planos y a la iniciación de las obras. Señala que, en estos momentos, la Organización cuenta con más de dos tercios de los fondos indispensables para la construcción.

El Dr. BRAVO (Chile) declara que en unión del Representante de la Argentina ha querido estudiar el problema, ya que su país y Chile, con los Estados Unidos de América, constituyen el Subcomité Permanente de Edificios y Obras. Añade que, según se señala en el informe, fue en marzo de 1960 cuando el Presidente de los Estados Unidos de América firmó la ley en virtud de la cual se cedía a la Organización el terreno para construir el edificio, y que, en 1961, la Fundación W. K. Kellogg ofreció generosamente su aportación para financiar esta construcción. Resulta que han transcurrido dos años y medio desde que la Organización es dueña del terreno, y año y medio desde que se dispone de una buena parte de la suma necesaria y todavía se encuentra el asunto en la fase preliminar de preparación de planos y estudios para la edificación.

Señala que el Representante de la Argentina comparte su opinión de que debe acelerarse la tramitación de este asunto y, por ello, propone que se adopte una resolución en el sentido de que se au-

torice al Director de la Oficina para que tome las medidas necesarias a fin de que se lleve a cabo la construcción del edificio de la Sede.

El Dr. QUIRÓS (Perú) expresa su conformidad con lo manifestado por el Representante de Chile.

El Dr. OLGUÍN (Argentina) dice que el Dr. Bravo ha concretado la proposición que apoya la Argentina como país integrante del Subcomité Permanente. Cree que la Conferencia debe hacer constar su reconocimiento a la Fundación W. K. Kellogg, cuya ayuda permite la ampliación de los programas de la Organización en pro de la salud de los pueblos de América.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) manifiesta que la Delegación de su país está de acuerdo con el proyecto de resolución propuesto por la Delegación de Chile y lo apoyará. Sin embargo, formula una importante reserva con respecto a la cláusula que autoriza al Director de la OSP a obtener en préstamo, de un banco u otra entidad financiera reconocida, fondos suplementarios para la construcción del edificio de la Sede. La Delegación de los Estados Unidos de América estima que los préstamos comerciales no constituyen métodos adecuados ni convenientes para que una organización internacional los utilice en la financiación de sus operaciones, aunque se trate de una instalación permanente como un edificio. Por consiguiente, sugiere que la cláusula en cuestión se suprima del proyecto de resolución.

El Dr. NEVÁREZ (Ecuador) hace constar la complacencia de su Gobierno por el esfuerzo realizado por el Director de la Oficina y por el Subcomité encargado de estudiar la cuestión. Apoya la propuesta hecha por el Representante de Chile, que le parece adecuada y oportuna. Manifiesta que la Delegación de su país agradece también a la Fundación W. K. Kellogg la generosa ayuda que presta a todos los países de América para la ejecución de sus planes de salud pública.

El PRESIDENTE propone que los Representantes de Chile, Argentina y Estados Unidos de América se reúnan para redactar, en forma definitiva, un proyecto de resolución sobre este tema, que se someterá al pleno de la Conferencia.

*Así se acuerda.*<sup>1</sup>

### **Tema 3.2: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963**

#### **Tema 3.2.1: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud para 1964**

#### **Tema 3.2.2: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964**

El Dr. HORWITZ (Director, OSP), después de hacer referencia al *Documento Oficial No. 40* sobre estos temas, subraya las dificultades con que se tropieza para elaborar un documento de tal naturaleza, ya que, si es complejo en el orden nacional armonizar las actividades relacionadas con la protección de la salud con aquellas otras que realiza un Gobierno y que tienen por fin materializar las ideas de desarrollo y bienestar para un país en su conjunto y para cada colectividad en particular, mucho más lo es en el plano internacional, sobre todo cuando se trata de organismos esencialmente asesores, que no realizan directamente las actividades propias de cada programa. No obstante—agrega—se procurará demostrar que lo esencial de la política aprobada por los Gobiernos, a través de los Cuerpos Directivos de la Organización, particularmente a través de la Conferencia, ha ido cristalizando progresivamente hasta llegar a lo que son el programa y presupuesto para el año próximo y para 1964.

Reitera que es evidente que los Gobiernos han asignado a la Organización Panamericana de la Salud la misión de luchar contra las enfermedades, con el fin de promover el desarrollo y el bienestar en el Continente por medio de mejores servicios, de técnicos adecuadamente adiestrados, de planes y programas formulados con oportunidad y evaluados periódicamente, y de la investigación de problemas fundamentales en busca de métodos y de técnicas que permitan acelerar su solución.

Esa misión será tanto más simple cuanto más concretos y definidos sean los objetivos que los Gobiernos se propongan cumplir, ya que es evidente que, una vez se hayan formulado los planes nacionales de salud, los Gobiernos estarán en condiciones de orientar y de coordinar mejor la colaboración internacional y entonces se reflejarán con mayor claridad, en el programa y presupuesto de la Organización, los deseos de los Gobiernos.

<sup>1</sup> Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 169.

Ahora, cumpliendo por una parte con los fines que se expresan en la Carta de Punta del Este y de acuerdo con los objetivos de la Alianza para el Progreso y, por otra, con el programa general de trabajo de la Organización, así como atendiendo las reiteradas indicaciones formuladas por los Representantes, se presenta a la consideración de la Conferencia un programa que, evidentemente, establece las prioridades más importantes e incluye actividades que en el pasado no se pudieron desarrollar por falta de fondos y que en la actualidad han adquirido mayor importancia.

Antes de entrar a analizar en detalle el programa, desea señalar que la tesis de que la salud de las poblaciones constituye elemento esencial del desarrollo lleva implícita, para los Gobiernos, una modificación substancial en el modo de pensar y de actuar de las distintas dependencias del Estado, cambio que se va a facilitar mediante la creación y funcionamiento de las oficinas de planificación en los ministerios de salud y a través de las relaciones que tales oficinas tengan con las juntas nacionales de planificación y evaluación del desarrollo o con las comisiones nacionales de desarrollo, como se llaman en algunos países.

Añade que la nueva orientación llevará a las altas autoridades de salud pública en los respectivos países, o a sus representantes en las comisiones nacionales de desarrollo, a señalar el papel que corresponde a la salud en las grandes empresas del Estado y a traducir entonces este hecho en programas concretos. Indica que, ante el crecimiento cada vez mayor de la función gubernamental, las dependencias del Estado trabajan en forma un tanto aislada y suele ocurrir en las Américas que grandes empresas de desarrollo industrial y agrícola no consideran todavía oportuno preocuparse de cómo y dónde van a vivir los obreros y quién va a ocuparse de cuidar de la salud y, por ende, de la eficiencia de los trabajadores. Expresa su convencimiento de que si se convierten en realidad los postulados de la Carta de Punta del Este, dicha situación va a cambiar en las Américas, lo que entonces se reflejará en un análisis mucho más racional de los problemas que el que hoy se presenta en el proyecto de programa y presupuesto de la OPS.

Afirma que se está estudiando una nueva clasificación por programas, que hará más fácil el examen de futuros documentos presupuestarios, y existe el propósito de someter la correspondiente ini-

ciativa a la próxima reunión del Comité Ejecutivo que tendrá lugar en abril de 1963.

Pide a los Representantes que fijen su atención en los detalles de los cuadros A y B que aparecen en la página 3 del *Documento Oficial No. 40*, bajo el título de "Distribución por materias del programa de campo", subrayando que en dichos cuadros sólo se hace referencia a los programas en los países, no estando incluidas, por tanto, las partidas correspondientes a la Sede de la Organización, y agrega que en ellos figura la distribución de los cuatro grandes capítulos del programa general de trabajo de la Organización: Enfermedades transmisibles, Fortalecimiento de los servicios de salud pública, Enseñanza y adiestramiento, y Planeamiento y coordinación de investigaciones, quedando el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa en una partida aparte, programado y financiado por la Organización de los Estados Americanos, pero cuya administración está a cargo de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Continúa el Dr. Horwitz explicando la distribución por materias del programa del campo y señala que las partidas correspondientes se han dividido en dos cuadros; en el cuadro A se incluyen todos los fondos, es decir, los de los presupuestos ordinarios de la OPS y de la OMS, los del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas y las aportaciones voluntarias que la Organización recibe. En el cuadro B no se han incluido estas aportaciones voluntarias y en ambos aparecen las cifras correspondientes a 1963 y 1964.

Pone de relieve que en 1963 se destinará el 39 % de todos los fondos a combatir las enfermedades transmisibles, y el 38,2 % en 1964; en cuanto a las partidas del cuadro B para este concepto ascienden a 20,1 % en 1963, y a 17,5 % en 1964, influyendo en la cuantía de las primeras cifras las aportaciones voluntarias al Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria, procedentes fundamentalmente del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Manifiesta que cuando la Conferencia haga un análisis de la proyección, hasta 1967, del costo posible de la erradicación de dicha enfermedad en el Continente, habrá oportunidad de explicar por qué se prevé, para los años inmediatos, un incremento de las partidas necesarias.

Por lo que se refiere al *Aedes aegypti*, señala que hay ligeras variaciones en las partidas porque se espera que las zonas de erradicación vayan dis-

minuyendo en el Continente, y hace constar que a la Organización le preocupan los focos de resistencia que existen en el Area del Caribe, particularmente en Jamaica, la República Dominicana, Haití y Puerto Rico. Alude a los estudios que en la actualidad efectúa un entomólogo para obtener los primeros datos sobre las causas de resistencia del vector a los insecticidas.

Entre las enfermedades transmisibles—añade—se incluyen la frambesia y la viruela, pero si la Organización desea que esta última enfermedad se erradique del Continente en los próximos cuatro años, habrá que obtener fondos de otras fuentes.

En el segundo grupo, que comprende el “Fortalecimiento de los servicios de salud pública”, se consigna el 47,7 % para 1963 y el 47,5 % para 1964, de todos los fondos, y el 66 y 68 % respectivamente, de los fondos incluidos en el cuadro B. Destaca que estos dos grupos están sufriendo proporcionalmente dos tendencias opuestas, lo que se explica por ser evidente que los Gobiernos han alcanzado importantes progresos en el campo de las enfermedades transmisibles y están resolviendo sus problemas cada vez con menos colaboración internacional, solicitando ésta para campos más especializados en materia de salud.

Señala el Dr. Horwitz que en el proyecto se propone en 1963 una partida de \$ 1.616.269 para colaborar en la integración de los servicios de salud, incorporando a ellos, en lo posible, la atención médica.

Refiriéndose a los problemas de nutrición, indica que para 1963 se ha destinado una partida de \$ 1.039.506, lo que representa un 8,8 % de todos los fondos, y que ascenderá a \$ 1.124.842 en 1964, lo que también representa el 8,8 % del total. Recuerda que el día anterior sugirió a la Conferencia, como una tesis más práctica, hacer de la nutrición un programa ordinario de los organismos locales de salud, lo cual se reflejaría en el futuro en este capítulo del programa de la Organización.

Por lo que se refiere a estadísticas, la inversión para 1963 será de \$ 458.690 (3,9 % de todos los fondos) y de \$ 325.994 (2,5 %) para 1964, pero precisa que, aun cuando la cuantía disminuye, no hay modificación substancial si se compara con el cuadro B, gracias a la generosa aportación de los Institutos Nacionales de Higiene de los Estados Unidos de América para el proyecto de investigación interamericana sobre las causas de mortalidad.

En cuanto a saneamiento del medio, el Dr. Horwitz manifiesta que hay una partida de \$ 975.781 en 1963 y de \$ 1.199.399 en 1964, que no incluye la proporción de los programas de servicios integrados de salud pública que se dedican a saneamiento. Agrega que en los 16 países donde la Oficina colabora con los Gobiernos en tales servicios integrados, suelen trabajar habitualmente uno o más ingenieros sanitarios, pero que si esa partida se desglosase, representaría una cantidad aproximada de \$ 360.428, en 1963, y de \$ 380.697 en 1964, lo que equivaldría al 11 % del presupuesto total. La OSP está colaborando, a través del Banco Interamericano de Desarrollo, para facilitar fuertes inversiones del mercado internacional de capitales destinadas a obras de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas, y además se espera concertar con este fin algunos otros convenios con diversos organismos internacionales de crédito.

Llama la atención de la Conferencia sobre la importancia del capítulo relativo a higiene social y del trabajo, para el cual hay una partida de \$ 283.410 en 1963, proveniente de todos los fondos, y de \$ 176.171 para 1964, lo que se explica porque el Fondo Especial de las Naciones Unidas acaba de aprobar una asignación que se destina a la organización y creación de un Instituto de Higiene, Seguridad y Medicina del Trabajo, relacionado con la Universidad de Chile y con el Servicio Nacional de Salud de dicho país, que tendrá como objetivos la formación de profesionales y auxiliares y la función de asesoramiento. A continuación el Director reconoce que, a pesar de que existe bastante desempleo en las Américas, la Organización no ha podido dedicar toda la atención que merece la seguridad de los obreros calificados, haciendo que disminuyan los riesgos que el trabajo mecanizado está creando, a medida que el Continente se industrializa; espera que el mencionado Instituto cumpla misión tan importante.

En cuanto a atención médica, el Dr. Horwitz señala que prácticamente se duplica en el proyecto de presupuesto para 1963 la consignación que para este capítulo se hizo en 1962, puesto que hay en él una partida de 155.855 dólares. Considera que, con una mejor coordinación, en especial a nivel local, y mediante un contacto más estrecho con los servicios de seguridad social, se puede obtener mucho más rendimiento en los países de América Latina en

materia de atención médica y de protección y fomento de la salud.

Agrega que se ha ido desvirtuando el propósito para el cual fueron creados tales servicios de seguridad social, porque la idea original de su organización los consideraba como cajas u órganos de recaudación de las aportaciones patronales, obreras y estatales, es decir, como instrumentos de financiamiento, debiendo recaer la responsabilidad técnica de las prestaciones en materia de salud sobre los ministerios respectivos, en tanto que, por el contrario, se está observando en América Latina que se trata, en muchos casos, de instituciones autónomas en competencia con los organismos estatales en los aspectos técnicos, sin que se limiten a lo que siempre se creyó que era su función esencial.

Indica que en el capítulo de enseñanza y adiestramiento hay una partida que asciende al 7 % de todos los fondos para 1963. Sin embargo, en los cuadros A y B, en las columnas 4 y 5, se ha tratado de calcular la parte destinada a adiestramiento en cada programa, en la forma que han decidido los Gobiernos; si se examina el asunto desde este ángulo, se verá que del total de los fondos de 1963 se propone para enseñanza el 28,9 %, proporción que en 1964 será del 30,7 por ciento.

Sin embargo, algunos Representantes han indicado la conveniencia de gestionar fondos extrapresupuestarios para incrementar el asesoramiento directo a las escuelas profesionales del Continente. Las gestiones realizadas con la Fundación Ford no han dado resultado, porque esta Fundación no está invirtiendo actualmente fondos en funciones de salud en las Américas, pero el Dr. Horwitz confía en que habrá un cambio de política a este respecto.

Por último, se incluye una pequeña partida para planeamiento y coordinación de investigaciones, que sólo se refiere a las sumas necesarias para la Oficina de Coordinación de las Investigaciones, en la Sede de la Oficina, en Washington. Los fondos directos para programas de investigación se encuentran distribuidos en los distintos capítulos; por ejemplo, en nutrición, en estadísticas, etc.

El Dr. Horwitz se refiere a continuación al cuadro D, en el que figura la recapitulación de todos los fondos, apareciendo en primer lugar los del presupuesto ordinario de la Organización Panamericana de la Salud, que ascienden a \$ 5.240.000 en 1962, a \$ 5.990.000 en 1963 y a \$ 6.560.000 en 1964. En lo que respecta a la Organización Mun-

dial de la Salud, se consignan las cifras del presupuesto ordinario y los fondos de Asistencia Técnica de la OMS. Con posterioridad a la impresión del *Documento Oficial No. 40*, la OMS ha anunciado una reducción de \$ 77.000 en los fondos del presupuesto ordinario para la Región de las Américas. Por otra parte, el Dr. Horwitz expresa su preocupación por el hecho de que, mientras en un principio, de los fondos de Asistencia Técnica se invertía un promedio del 22 % del total para actividades de salud, ese promedio ha descendido al 17 % y en 1964 será del 16,8 por ciento. Subraya que el programa de Asistencia Técnica de la OMS se prepara por bienios, por lo que no parece fácil modificar un estado de cosas que parece revelar que tal vez las proposiciones para programas de salud no contaron en los organismos de coordinación de la Asistencia Técnica con la fuerza suficiente para que recibieran la debida prioridad, siendo éste un asunto del cual vale la pena preocuparse. Agrega que tal vez pueda variarse un poco la situación si para determinados proyectos pudiera recurrirse a los fondos de contingencia o de emergencia, y se permite recordar esta posibilidad a los señores Representantes, porque una disminución como la introducida en un presupuesto tan pequeño no deja de tener importancia.

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP) manifiesta que, de acuerdo con las disposiciones reglamentarias de la Organización y la práctica establecida, incumbe al Consejo Directivo, o a la Conferencia, adoptar una decisión definitiva respecto a las asignaciones del presupuesto ordinario de la OPS para el año siguiente. Al mismo tiempo, es costumbre presentar a los Cuerpos Directivos, para su información, el anteproyecto de programa y presupuesto de la OPS, así como el de la OMS para sus actividades regionales en las Américas, con dos años de antelación.

Por consiguiente, la misión de la Conferencia comprende esencialmente tres aspectos, a saber: adoptar una decisión definitiva sobre el proyecto de programa y presupuesto de la OPS para 1963, aprobando para ello la resolución sobre las asignaciones; analizar, en su calidad de Comité Regional de la OMS, el proyecto de programa y presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1964, formulando las recomendaciones que estime pertinentes; y tomar nota

del anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964.

Añade el Dr. Portner que, como sin duda no ignoran los señores Representantes, el proyecto de programa y presupuesto de la OPS para 1963 fue estudiado por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión, en la cual se analizaron todos los cambios ocurridos entre la presentación del anteproyecto a la XIII Reunión del Consejo Directivo, en octubre de 1961, y los últimos estimados sometidos en abril de 1962, cuando el Comité Ejecutivo adoptó una decisión sobre dicho proyecto.

El Dr. Portner describe brevemente el debate en el Comité Ejecutivo sobre esta materia, y da lectura a la Resolución II,<sup>1</sup> aprobada en dicha reunión. Menciona asimismo la cuestión de las nuevas dietas para los miembros del Comité Ejecutivo, que está relacionada con el presupuesto, y acerca de la cual el Comité adoptó la Resolución III<sup>2</sup> en la misma reunión.

El Dr. Portner analiza rápidamente el *Documento Oficial No. 40*, refiriéndose a las secciones principales del mismo y a la relación que existe entre ellas, así como con cuanto ha expuesto el Dr. Horwitz al presentar el documento.

El orador expone en síntesis el movimiento previsto en el presupuesto para todos los fondos, como base de discusión de los tres proyectos específicos acerca de los cuales ha de pronunciarse la Conferencia.

El cuadro D de la página 4 del *Documento Oficial No. 40* indica que todos los fondos, es decir, el presupuesto global correspondiente asciende a \$ 16.139.552 en 1963 y a \$ 17.369.535 en 1964. El Dr. Portner analiza detalladamente el citado cuadro y señala la tendencia por años y por fondos.

En el cuadro C de la misma página figuran las asignaciones del presupuesto ordinario de la OPS por títulos, y en el citado cuadro D las asignaciones o partidas por fuentes de fondos; además se indica el aumento en porcentajes. Los detalles de este aumento se especifican en la página 114 y siguientes, en las que se expresan, en términos numéricos y financieros, todas las actividades de la Organización. Se han incluido todos los cambios efectuados en la Sede, en las Zonas y en los programas hasta un mes y medio, aproximadamente, antes de la

Conferencia. En términos generales, se ha procurado reducir el costo de todas las actividades ajenas a los programas propiamente dichos, y las cifras que aparecen en las páginas 12 y 13, en las que se resumen las asignaciones de fondos por actividades, demuestran que se ha logrado tal propósito. Esta norma, establecida en 1954, continúa aplicándose; en aquella época, el costo de los servicios administrativos representaba el 16,4 % del presupuesto total; en 1963, los mismos servicios costarán tan sólo el 8,1 por ciento.

Seguidamente, el Dr. Portner compara la proporción que en el presupuesto corresponde a los programas, que asciende al 74,7 y 75 %, respectivamente, en los presupuestos para 1963 y 1964. Esto constituye prueba clara y patente de la consecución del objetivo—*leit motif* de la administración de la OPS—de reducir al mínimo los gastos en actividades ajenas a los programas y de emplear, en el mayor grado posible, los fondos de la Organización en la prosecución de su programa esencial.

El Dr. Portner señala que el aumento del presupuesto ordinario de la OPS para 1963, con respecto al de 1962, asciende a \$ 750.000, o sea algo más del 14 por ciento. Se refiere al aumento de sueldos, absorbido en 1962, como factor al cual se debe más de \$ 250.000 de dicho incremento, y a continuación explica detalladamente los aumentos por títulos y los demás aumentos por materias, objeto de los gastos y secciones.

El Título I (Reuniones de la Organización), al cual se asignan en 1963 \$ 229.850, se enumera en las páginas 120 y 121; el Título II (Sede de la OPS), cuya cuantía asciende a \$ 1.713.198, aparece en las páginas 122 a 135; el Título III (Programas de campo y otros), por un total de \$ 3.559.452, se expone detalladamente en las páginas 136 a 301; el Título IV (Fondo Especial para el Fomento de la Salud) representa una asignación de \$ 187.500, de conformidad con el acuerdo suscrito con la Fundación W. K. Kellogg, y finalmente, el Título V (Cantidad para incrementar el Fondo de Trabajo) comprende la suma de pesos 300.000, en cumplimiento de la decisión adoptada en ese sentido por el Consejo Directivo en su XI Reunión.<sup>3</sup> Los cinco títulos del presupuesto figuran en el proyecto de resolución sobre asignaciones, por fines de cada una de ellas. El párrafo

<sup>1</sup> Véase pág. 326.

<sup>2</sup> Véase pág. 326.

<sup>3</sup> *Documento Oficial de la OPS* 32, 18.

segundo de dicho proyecto de resolución indica la forma en que han de financiarse las asignaciones; el párrafo tercero estipula que las asignaciones se aplicarán al pago de las obligaciones contraídas durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1963, inclusive, y el cuarto autoriza al Director a transferir créditos entre los títulos del presupuesto, bajo determinadas condiciones. Esto en cuanto se refiere al primer proyecto de resolución presentado a la Conferencia. Además, el Dr. Portner recuerda que el Comité Ejecutivo, en su 46ª Reunión, adoptó una resolución sobre las dietas de los miembros de dicho Comité. Este asunto también se ha sometido a la consideración de la Conferencia, ya que en el presupuesto de 1963 se han previsto los fondos necesarios para el aumento de dichas dietas.

La Conferencia debe decidir asimismo acerca del proyecto de programa y presupuesto de la Organización Mundial de la Salud, Región de las Américas, para 1964. El total de este presupuesto figura en el cuadro D de la página 4 del *Documento Oficial No. 40*. Los Representantes observarán que hay un aumento de \$ 2.596.375 en 1963 a \$ 2.875.453 en 1964, es decir de \$ 279.078. Este aumento se distribuye entre las múltiples actividades de la Organización, pero el incremento más significativo corresponde al programa de becas. El Dr. Portner analiza en detalle la naturaleza de los aumentos y, con respecto a los cambios más importantes, alude a sus aspectos financieros, a la materia a que se refieren y al objeto de los gastos.

Finalmente, la Conferencia ha de tomar nota del anteproyecto de programa y presupuesto de la OPS para 1964, presentado por el Director. Esta presentación es la primera de las tres que comprende su tramitación, ya que el Comité Ejecutivo ha de examinarlo detalladamente en la primavera de 1963 y el Consejo Directivo, en su XIV Reunión, debe tomar una decisión definitiva al respecto. Sin embargo, cabe observar que este presupuesto, según se indica en el cuadro D de la página 4 del *Documento Oficial No. 40*, asciende a \$ 6.560.000, o sea, \$ 570.000 más que el de 1963. Como de costumbre, el aumento es ligeramente superior al 9 %, del cual, aproximadamente el 4 % corresponde a aumento de sueldos y alza de precios, y el 5 % a la ampliación del programa. El Dr. Portner describe los cambios de 1964 con respecto a los de 1963 en términos financieros, enumera los nuevos puestos

creados y declara que se dedicarán más fondos a becas, viajes en comisión de servicio (principalmente para consultores a corto plazo) y servicios de personal en general.

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México) considera interesante la creación de la Oficina de Evaluación e Informes, ya que en esta Organización, como en todas aquellas cuyo mecanismo es complejo, se requiere una especie de autoevaluación, sobre todo teniendo en cuenta el elevado número de funcionarios técnicos y administrativos con que cuenta. Señala seguidamente que cada día son más numerosos los informes que las diferentes dependencias necesitan, por lo que los técnicos se dedican, en muchas ocasiones, a elaborarlos, sin que puedan prestar la debida atención a los programas. Estima que tal vez sería conveniente proceder a una revisión de programas antiguos que todavía se desarrollan en países a base de consultores a plazo muy largo, cuando podría ser más útil la prestación periódica de servicios de asesoramiento, en vista de que en muchos países se dispone ya de personal especializado propio.

Opina, por último, que la Oficina de Evaluación e Informes de la OSP podrá recomendar una revisión cuidadosa de la estructura administrativa y técnica, e ir realizando los ajustes o las modificaciones que requiera la Organización.

*Se suspende la sesión a las 10 h. 55 m. y se reanuda a las 11 h. 25 m.*

El Dr. QUIRÓS (Perú) subraya la trascendencia que tiene para la Organización el tema que se debate y manifiesta que va a formular comentarios de dos clases: unos de carácter general y otros relacionados con los programas de su país y de la Zona IV. Recuerda que en la 45ª Reunión del Comité Ejecutivo se encomendó al Director de la Oficina que presentara en la siguiente reunión de dicho Comité un proyecto para la organización de la Unidad de Planificación, indicando su estructura y sus repercusiones presupuestarias. Afirma que, si bien el encargo fue cumplido, no se ajusta al espíritu de la petición original del Perú, sobre todo en lo que se refiere a la planificación y a la posibilidad de presentar un presupuesto funcional. Señala que en el informe del Presidente del Comité Ejecutivo se precisa que este asunto será tratado en la reunión que el Comité celebrará en la primavera de

1963, y que, sin embargo, el *Documento Oficial No. 40* que ahora se examina, dice textualmente en su introducción que "en este documento se presenta un programa único y funcional", lo que está en desacuerdo con la realidad, ya que de su análisis se desprende que se trata de la presentación de 426 programas y presupuestos, de los cuales, 164, es decir, cerca del 40 % corresponden a actividades interpaíses o regionales bajo la sigla AMRO, que pueden y deben ser objeto de una planificación cuidadosa y de un presupuesto funcional, materializando en forma práctica la contribución de la Organización al desarrollo económico y social de los países de América Latina. Continúa diciendo el Dr. Quirós que, cuando hizo por primera vez estas observaciones, se le aseguró que ya se había estudiado la posibilidad de establecer la Oficina de Planificación en forma mucho más amplia que la que proponía, y que bastaba con votar la asignación de los fondos necesarios para llevar a la práctica la idea. Sin embargo, en el proyecto de presupuesto presentado observa que se ha creado una Oficina de Planificación a nivel de la Dirección, con un profesional solamente, cuyas funciones son las de promover y coordinar la elaboración de planes nacionales y regionales de salud, y coordinar la acción de la Organización con otros organismos internacionales que participan en actividades de desarrollo, de acuerdo con la Carta de Punta del Este. Es decir, se trata de funciones que son a la vez de muy considerable amplitud y de simple promoción y asesoramiento a los países, y no de planificación del programa de la Organización, que debe estar constituido por postulados elementales de esta técnica basados en un presupuesto funcional. Opina que la planificación, para ser efectiva, debe efectuarse en dos sentidos: vertical, o sea del programa mismo de la institución, y horizontal o sectorial, esto es, de coordinación con otras organizaciones que persiguen objetivos afines. Confiesa que no comprende bien la orientación que la OSP ha dado a la planificación, ya que, a su juicio, solamente ofrece un aspecto parcial mediante la creación de la Oficina aludida, la prestación de servicios de asesoramiento técnico a los países que los solicitan y a los que se ofrecen los programas interpaíses que figuran en el presupuesto en las distintas Zonas, y la realización de cursos de capacitación para la formación de técnicos nacionales. El Dr. Quirós añade que, en la actualidad, la plani-

ficación del desarrollo económico y social constituye la preocupación de todos los países y que, en la mayoría de ellos, distintos organismos nacionales y extranjeros han organizado cursos, a veces muy completos, a los cuales vendrían a superponerse los que se pretenden realizar, cuando en realidad no se planifica el propio programa de la Organización Panamericana de la Salud. Observa también que se ha creado a nivel del Director una Oficina de Evaluación e Informes cuyas funciones no se describen, y que en su concepto debería unificarse con la de planificación, ya que la evaluación es uno de los elementos fundamentales de aquélla. En lo que se refiere a la descentralización, manifiesta, como dijo en la Comisión II, que a su entender, se ha dado a este problema una solución teórica muy singular, transfiriendo del presupuesto de las Oficinas de Zona a programas interpaíses los sueldos de los consultores especialistas, como son los epidemiólogos, enfermeras, ingenieros, etc., así como algún personal de secretaría por el hecho de que éstos sirven fundamentalmente a los países, quedando en realidad como únicos funcionarios de las Oficinas de Zona el Representante, el Representante adjunto y el oficial administrativo. Muestra su entera conformidad con la teoría, aunque cree que dichos funcionarios están también al servicio de los países de la Zona, ya que deben supervisar sus programas y conocer sus necesidades, y añade que no alcanza a entender por qué en la Zona V, que comprende un solo país, Brasil, puede haber programas interpaíses como los que figuran en el presupuesto. Como conclusión, hace constar que su Delegación estima que es indispensable la adecuada planificación del programa de la Organización sobre la base de un auténtico presupuesto funcional que abarque a ésta tanto en sentido vertical como horizontal y que lleve a la práctica lo que tanto se ha discutido. En lo que respecta a los programas de su país y de la Zona IV a la que aquél pertenece, opina que no se han consignado fondos para 1963 ni para 1964 destinados al programa de adiestramiento de personal que presentó oportunamente y que mereció la aprobación técnica de la Organización, a base del cual el UNICEF está proporcionando ya al Perú su valiosa ayuda. En cambio, agrega, continúa figurando un programa para enseñanza de enfermería que ha sido incorporado al anteriormente mencionado, el cual tiene una gran amplitud y requiere asesoramiento técnico y becas



de perfeccionamiento para profesores. El Dr. Quirós dice que en lo que atañe a atención médica, sólo aparece un programa interpaíses, a pesar de haber solicitado en repetidas ocasiones asesoramiento especial. Agrega que en la última reunión del Consejo Directivo, celebrada precisamente a raíz de la crisis de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, en Lima, solicitó urgente ayuda en el campo de la educación médica, ayuda que le fue concedida. Manifiesta, sin embargo, que este tipo de ayuda no figura en ningún programa. Expresa que si bien ha recibido su país valioso asesoramiento técnico que agradece, tanto de la Oficina como de un consultor especial para dicha Facultad de Medicina, cree que debería haberse establecido un programa de enseñanza de la medicina sobre la base de los informes presentados por los consultores.

El Dr. Horwitz (Director, OSP) pasa a contestar los comentarios que se han hecho sobre el Título II del presupuesto. Manifiesta que el Representante del Perú se refirió a sus observaciones formuladas en la XIII Reunión del Consejo Directivo en relación con la planificación y la descentralización. Indica que en aquella ocasión, cuando el citado Representante sugirió la creación de una unidad de planificación, el Director informó que ya estaba creada, aunque naturalmente en forma inicial y contando sólo con el personal de secretaría.

Señala que, después de oír al Dr. Quirós, tiene la impresión de que se está hablando de dos cosas distintas, pues cree que dicho Representante está pensando en la planificación del trabajo general de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, siendo así que lo que se propone la Oficina es asesorar a los Gobiernos en la formulación de sus planes nacionales de salud. Estima el Dr. Horwitz que éste es el mandato que emana de la Carta de Punta del Este y los Representantes tendrán oportunidad de conocer lo que la Organización ha hecho en este aspecto en pocos meses, aun con el personal exiguo a que ha hecho mención. Señala que es natural que la Organización participe en esta labor asesorando a los Gobiernos y que su trabajo se realice por los métodos habituales; ahora bien, hasta ahora no habían existido cursos específicos para la preparación de técnicos en planificación.

Agrega que, si bien el Representante del Perú piensa que esta unidad de planificación debe estar más relacionada con las actividades propias de la Organización, hay que tener en cuenta que no se ha hecho más que cumplir con el programa general de trabajo que ha sido aprobado por los representantes de los Gobiernos en los Cuerpos Directivos de la Organización, pues, efectivamente, en la última reunión del Consejo Directivo se aprobó el programa general de trabajo para el cuatrienio 1962-1965, que es el que está en marcha y se refleja claramente en el programa que ahora se somete a la consideración de la Conferencia. Dice que desde hace años se aspira a elaborar un presupuesto por programas y la realidad es que si se examina el Informe Final de la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo, celebrada en abril de este año, se verá que la Organización presentó el primer anteproyecto de presupuesto funcional, consultando a dicho Comité sobre la clasificación, porque quienes han trabajado en él saben que el problema fundamental es cómo clasificar las distintas actividades para tener una idea clara de la distribución de los fondos.

El Dr. Horwitz añade que en la próxima reunión del Comité Ejecutivo espera poder presentar ya el primer ensayo de presupuesto por programas, que permitirá ver con mayor claridad el total de las inversiones para cada una de las actividades fundamentales que lleva a cabo la Organización. Agrega que, a pesar de la claridad del *Documento Oficial No. 40*, si se quiere conocer el total de lo que se invierte en la lucha contra la tuberculosis, por ejemplo, hay que cotejar varias partidas para llegar a una suma conjunta, y que por el otro procedimiento el cálculo será más sencillo, ya que el presupuesto por programas pone mayor énfasis en los objetivos por cumplir que en los medios que se emplean para alcanzarlos. Afirma que tiene la impresión de que la Oficina ha cumplido las tareas que se le han encomendado, naturalmente en el tiempo en que ha sido posible hacerlo.

Indica el Director que se tiene proyectada una Oficina de Planificación más amplia, que contará con un economista y, si es posible, con un sociólogo; pero que le parece más conveniente una mayor asignación para la labor en este aspecto en los países y por ello se propone, para 1963, la cantidad de \$ 100.000 que se dedicará a actividades de planificación. Señala que la mayor parte de esta suma

está destinada a asesorar a los Gobiernos por medio de los cursos que se han programado con la Comisión Económica para América Latina, de las Naciones Unidas, y los que eventualmente se organicen con la Universidad Johns Hopkins o con otra de los Estados Unidos de América para estudiantes de habla inglesa.

El Dr. Horwitz expresa la esperanza de que se pueda ampliar esta Oficina de Planificación y que, entretanto, la OSP deberá progresar en sus actividades a base del programa general de trabajo y por medio de un presupuesto funcional. Estima que cuando los Gobiernos tengan sus planes nacionales de salud, esto se reflejará más claramente en el programa de actividades de la Oficina y prevé que va a cambiar substancialmente su fisonomía actual. Manifiesta que la Oficina está siguiendo una tendencia hacia la descentralización técnica, con una concentración de las actividades administrativas; que hay descentralización hacia los países lo revela el hecho de que de los 200 funcionarios nombrados en los últimos cuatro años, el 75 % se encuentra en los países y el resto en la Sede. Se está estudiando la posibilidad de descentralizar aún más las actividades hacia los países, encomendando a un representante de la Organización la función de coordinar, ante los Gobiernos, todos los programas en cada país.

Indica que existen hoy 25 Gobiernos representados en la Organización y que no podrían ellos tratar directamente sus asuntos con una oficina central única, ya que la experiencia administrativa revela que no se obtienen así mejores resultados, sino mediante un conjunto de organismos de zona que tratan los problemas con grupos de países.

Añade que, entretanto, se ha hecho una redistribución de las inversiones por zonas, que el Representante del Perú ha calificado de curiosas, pero que el Director considera es la real; que se examinó cuál era el papel fundamental de los funcionarios y se demostró que los técnicos esenciales—ingenieros, enfermeras especializadas, estadísticos, especialistas en nutrición, etc.—son prácticamente funcionarios que están trabajando directamente para los países y que sólo el Representante de Zona, su adjunto y el oficial administrativo tienen una función propia que se puede considerar personal, en vista de lo cual los gastos de aquellos técnicos se incluyeron como programas interpaíses.

Dice que, a su juicio, hay que atenerse a la aplicación de los presupuestos funcionales, para advertir dónde está la inversión real, pues los gastos abultados que en el pasado aparecían para las Oficinas de Zona no correspondían a la realidad. Agrega que de este asunto se dio cuenta al Comité Ejecutivo, siendo de lamentar que el Representante del Perú no concuerde con este modo de pensar, que contó entonces con su aprobación.

En cuanto a las consideraciones de carácter general que ha hecho el Representante de México, el Director coincide con ellas, pues estima que no siempre es conveniente la estancia prolongada de consultores, sobre todo para aquellos proyectos en que los países ya tienen experiencia y técnicos formados para proceder por sí mismos, y en todo momento se atienden las sugerencias de los Gobiernos para actuar en ese sentido.

Hace notar, sin embargo, que en muchos casos los propios Gobiernos piden que los consultores continúen durante más tiempo en los países, pero agradece al Representante de México la observación que ha formulado porque constituye preocupación permanente de la Oficina.

El Dr. QUIRÓS (Perú) manifiesta que efectivamente, según ha expresado el Director, la preocupación de la Delegación de su país es que la planificación no sea parcial, sino total; pero ello no significa que el Perú se esté refiriendo a lo que la Organización ha hecho o no, sino a lo que debe hacerse si es que realmente hay interés en el desarrollo económico y social de su país. Añade que no concibe la planificación en salud pública, llevada a cabo aisladamente por los países, sin que a la vez sea coordinada con la de los organismos internacionales, porque, como ha expresado anteriormente, de acuerdo con los técnicos de planificación, ésta debe ser total: en un sentido horizontal y otro vertical, que abarque todos los aspectos del desarrollo económico y social, y este sector de la salud pública debe ser planificado para que pueda seguirse un programa con objetivos precisos. Indica que el programa de nutrición que expuso el Dr. Bengoa en la segunda sesión de la Comisión I es una prueba clara de que no se puede estar pensando simplemente en planificación parcial, sino total.

En cuanto a la descentralización, considera que la explicación que ha dado el Director es correcta

en cierto modo, pero no satisface ampliamente, cuando menos a la Delegación de su país, aunque estas son cuestiones que el Director ha de decidir, ya que

es él quien tiene la responsabilidad de la dirección de la Oficina.

*Se levanta la sesión a las 12 h. 10 m.*

## SEGUNDA SESION

*Martes, 28 de agosto de 1962, a las 14 h. 55 m.*

*Presidente: Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil)*

*Después: Dr. AMIRO PÉREZ MERA (República Dominicana)*

**Tema 3.2: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963 (conclusión)**

**Tema 3.2.1: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud para 1964 (conclusión)**

**Tema 3.2.2: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964 (conclusión)**

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, declara abierta la sesión y anuncia que va a continuar el examen de los proyectos de programa y presupuesto para 1963 y 1964.

El Dr. CASTILLO (Venezuela) manifiesta que su Delegación votará a favor de la totalidad del presupuesto, pero desea hacer algunas consideraciones de carácter general, encaminadas a mejorar, para el futuro, la elaboración, presentación y aplicación del presupuesto y de los programas de la Organización. Señala que conviene tomar nota de una posible dispersión de los programas, como se viene observando en los últimos presupuestos y que vale la pena pensar en concentrar la acción en los grandes problemas que interesan al mayor número de países, reduciendo para ello aquellos programas locales que atacan sólo problemas de interés para un solo país y que en muchos casos podrían ser financiados con recursos de los propios interesados. Los fondos que se dedican a estos programas de la Organización podrían aprovecharse quizá mucho mejor si se invirtieran en los grandes programas, como son los de eliminación de las enfermedades erradicables,

de disminución, mediante un adecuado control, de aquellas enfermedades transmisibles contra las que no sea posible llevar a cabo un programa de erradicación, y los programas de saneamiento del medio, de nutrición, de educación que, englobados bajo el capítulo de "Promoción de la salud", por una parte interesan a todos los países, y por otra contribuyen a elevar el nivel de salud y de vida de los habitantes.

Sugiere que los Cuerpos Directivos de la Organización, (Consejo Directivo y Comité Ejecutivo) podrían tener en cuenta estas consideraciones al analizar los anteproyectos de programa y presupuesto, y recomendar las modificaciones que juzguen más adecuadas para ese fin, ya que en una Conferencia como ésta no hay tiempo suficiente para hacer un análisis a fondo y estudiar con detenimiento cada uno de los renglones y capítulos del programa y presupuesto. Por otra parte, hay que tener en cuenta que ya ha sido previamente estudiado por el Consejo Directivo y por el Comité Ejecutivo y que se presenta en un documento bastante elaborado, pero que puede ser susceptible de modificaciones, aunque éstas, como ya ha mencionado, no pueden hacerse en una forma apresurada.

El Dr. Castillo concluye diciendo que considera esta situación con aprensión y que, en su opinión, dichos cuerpos dirigentes deben prestar atención a los aumentos progresivos de las cifras tope del presupuesto, que van siendo mayores cada vez y representan una carga que no todos los países están en condiciones de aceptar ni sus respectivos cuerpos legislativos en condiciones de aprobar.

*Decisión:* Por unanimidad se acuerda recomendar a la Conferencia:

1) Que asigne para el ejercicio financiero de 1963 la cantidad de \$ 5.990.000, distribuidos por títulos en la forma siguiente: Reuniones de la Organización, \$ 229.850; Sede, \$ 1.713.198; Programas de campo y otros, \$ 3.559.452; Fondo Especial para el Fomento de la Salud, \$ 187.500, y cantidad para incrementar el Fondo de Trabajo, \$ 300.000.<sup>1</sup>

2) Que apruebe una dieta de \$ 30 (treinta dólares) para los miembros del Comité Ejecutivo, de acuerdo con el párrafo B del Artículo 17 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud.<sup>2</sup>

3) Que apruebe la transmisión del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1964, contenido en el *Documento Oficial No. 40*, solicitando del Director Regional que lo transmita al Director General de dicha Organización, a fin de que lo pueda tomar en cuenta en la preparación del presupuesto de la OMS para 1964.<sup>3</sup>

4) Que tome nota del anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964, contenido en el *Documento Oficial No. 40*; y encomiende al Director que, al preparar su Proyecto de Programa y Presupuesto para 1964 y al efectuar consultas con los Gobiernos acerca de él, preste la debida consideración a las recomendaciones y observaciones formuladas por varias Delegaciones.<sup>4</sup>

*Se suspende la sesión a las 15 h. 40 m.*

*y se reanuda a las 16 h. 10 m.*

*El Dr. Pérez Mera (República Dominicana), Vicepresidente de la Comisión I, pasa a ocupar la Presidencia.*

## **Tema 2.2: Informes sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas**

### *Exposición del Jefe del Departamento de Erradicación de la Malaria de la OSP*

El Dr. DA SILVA (Jefe, Departamento de Erradicación de la Malaria, OSP), al presentar el Docu-

mento CSP16/20<sup>5</sup> sobre este tema, señala que, como ha sido la práctica en años anteriores, en él aparece primero un resumen del estado del programa en general y un análisis de los progresos realizados en cada país. Seguidamente se exponen varios de los problemas técnicos de importancia, sus repercusiones en el progreso futuro y las medidas en vías de estudio o adopción para resolverlos. Por último, se presenta un resumen de los esfuerzos cooperativos de los organismos internacionales en el programa de erradicación de la malaria, con detalles acerca de la participación de la OPS/OMS. Debido a la especial importancia de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, se compara, siempre que es posible, la situación en los diferentes países. Se han incluido cifras correspondientes al período cuatrienal que merecen ser examinadas por la Conferencia.

Los datos de los años anteriores a 1961, prosigue el Dr. da Silva, han sido tomados de los respectivos informes del Director. Para los de 1961 se han utilizado las respuestas a un detallado cuestionario acerca de la labor de erradicación de la malaria en cada país, así como los informes estadísticos que en relación con la mayoría de los programas se presentan todos los meses a la Oficina Sanitaria Panamericana. Esos informes se refieren a los temas específicos de las operaciones de rociamiento, las actividades de evaluación epidemiológica y el movimiento de personal. En caso necesario, los países presentan también informes técnicos especiales sobre estudios entomológicos.

Al examinar el panorama general el orador señala que, en la mayoría de los casos, durante 1961 se mantuvo un progreso firme hacia la erradicación de la malaria en las Américas. De particular importancia fueron los aumentos registrados, respecto a 1960, de áreas y poblaciones que pasaron a la fase de consolidación. En México, Perú, Venezuela, Granada, Santa Lucía y Jamaica, nuevas regiones entraron en esa fase, mientras que en Bolivia entró la primera zona en ella. Argentina y Venezuela registraron aumentos en las áreas de las que se sostiene que se ha erradicado la malaria.

En cuanto a la iniciación de la fase de ataque, la reorganización del servicio antimalárico en el Brasil, y el apoyo presupuestario adecuado y oportuno permitieron una gran ampliación de las actividades en comparación con las de 1960. Las acti-

<sup>1</sup> Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 170.

<sup>2</sup> *Ibid.*, págs. 170-171.

<sup>3</sup> *Ibid.*, pág. 171.

<sup>4</sup> *Ibid.*, pág. 171.

<sup>5</sup> *Documento Oficial de la OPS 48, Anexo 2.*

vidades de la fase preparatoria se extendieron a todas las regiones del país a medida que se iniciaban las operaciones de reconocimiento y la evaluación epidemiológica, aun antes del rociamiento. Se espera que en 1964 quedarán incorporadas a la fase de ataque las zonas maláricas restantes del Brasil.

Expone el orador que en 1961 se puso término a las actividades de la fase preparatoria en Cuba y Haití, países que se preparaban para entrar en la fase de ataque en 1962. En el Paraguay, a consecuencia de los continuos indicios de transmisión de la malaria en zonas de las que antes se había pensado que estaban libres de la enfermedad, fue necesario suspender la fase de ataque en 1961, a fin de poder dedicar todos los esfuerzos a las actividades de la fase preparatoria. En la República Dominicana, la escasez de fondos impidió incluir todas las áreas en la fase de ataque; pero se espera lograrlo en 1962.

Con cada año de experiencia se hace más patente la pauta de los programas de erradicación de la malaria. Dada la naturaleza de la enfermedad, la campaña para erradicarla requiere una organización de personal muy adiestrado, provista de técnicas administrativas de gran flexibilidad y que goce de prioridad en cuanto a la asignación de fondos a pesar de las demandas de otros organismos gubernamentales. Cuando en salud pública hay una dirección eficaz que ha obtenido esos elementos esenciales para el servicio antimalárico, es posible adiestrar bien al personal, completar los ciclos de rociamiento ateniéndose al plan establecido, con el mínimo de dificultades logísticas, y llevar a cabo las operaciones de evaluación epidemiológica de modo que se pueda medir la desaparición de la malaria de extensas zonas, definir los límites y la magnitud de las zonas donde subsisten problemas "pertinaces", así como sugerir estudios y soluciones. Por desgracia, hay todavía deficiencias orgánicas o administrativas en algunos programas; en tales circunstancias, los servicios antimaláricos tropiezan con grandes dificultades para completar el plan de operaciones fijado, y la transmisión persistente de la enfermedad que permite tales deficiencias, impide ver con claridad problemas de carácter puramente técnico.

A medida que se identifican áreas de problemas difíciles, los estudios malariológicos clásicos pasan a ocupar el lugar que les corresponde en la erradi-

cación de la malaria, complementados con técnicas más modernas para la medición cuantitativa de los factores que intervienen en la persistencia de la transmisión. La Organización colabora en varios de esos estudios y se prevé que su actividad en este campo irá en aumento.

En 1961 se realizaron en varias regiones, estudios piloto de medios auxiliares para interrumpir la transmisión. En México, Guatemala, Nicaragua y otros países se emplearon larvicidas, mientras que en una zona limitada de la llanura litoral de El Salvador se efectuó una distribución colectiva de drogas antimaláricas. De estos estudios y de otros actualmente en curso se obtiene importante información sobre técnicas, costos y eficacia; esta información podrá utilizarse en forma más amplia en otras zonas que plantean problemas en los demás países. La solución definitiva en cada caso depende necesariamente de las condiciones locales, y será tarea continua de la Organización la de cooperar en la adaptación de técnicas de eficacia comprobada para eliminar definitivamente la enfermedad.

En cuanto a la magnitud del problema, señala el Dr. da Silva que, a fines de 1961, se estimaba que la población que vivía en la zona originalmente malárica (que medía 16,028,976 Km<sup>2</sup>), era de 147,292,000 habitantes. Se han hecho revisiones de cierta magnitud en los datos relativos a la extensión territorial de la zona malárica en el caso del Brasil, México y Paraguay; y se registraron modificaciones de poca importancia en Bolivia, Cuba, Estados Unidos de América, Guatemala, Guayana Francesa y Surinam. En cuanto a las cifras de la distribución de las áreas y poblaciones según las fases, Argentina y Venezuela acusaron importantes aumentos en el área que se encontraba en la fase de mantenimiento, es decir, en la que habían declarado erradicada la malaria. En Venezuela, la mayor parte del área ha sido ya inscrita en el registro correspondiente de la Organización. En los cuadros 1 y 2 del informe figuran pormenores de la distribución por área y población, mientras que en el cuadro 3 se compara la distribución porcentual por área y población según la situación del programa en 1958 y 1961.

Son particularmente interesantes, señala el orador, las cifras referentes a las áreas que se encuentran en la fase de consolidación, cuya población aumentó a 17,879,000 en 1961, lo que representa

un incremento del 77 % sobre las cifras de 1960. En comparación con los datos relativos a 1958, se ha registrado un aumento ocho veces mayor en la población correspondiente a esta fase del programa, lo que refleja el progreso continuo logrado en muchas zonas durante los últimos tres años.

Hace notar que en los mapas 1 y 2, que figuran al principio del informe, se describe la situación de la campaña de la malaria en diciembre de 1958 y en diciembre de 1961, respectivamente; comparando las zonas pintadas de negro, que indican áreas en período de consolidación, se pueden apreciar los progresos realizados en dicho período. El número de estas áreas ha aumentado posteriormente. Hay otro mapa que se ha distribuido a los Representantes, en el que se describe la situación el 1 de agosto de 1962, pudiéndose observar en él cómo se han extendido las áreas de consolidación en varios países de América Central y del Sur.

Finalmente, en el mapa 3 se presentan datos sobre el "Registro de áreas de malaria erradicada"; Venezuela es el primer país incluido en él. En el curso de 1962, varios programas terminarán la fase de consolidación; se espera que en informes futuros se podrá dar cuenta de nuevas inscripciones en el Registro a medida que se avance hacia el objetivo perseguido con estas actividades que abarcan todo el Hemisferio.

Respecto a las operaciones de campo, en los cuadros 4 a 8 figuran estadísticas sobre el personal empleado en los programas de erradicación de la malaria. En el cuadro 4 se presenta un resumen del personal correspondiente a las categorías generales de operaciones de rociamiento, operaciones epidemiológicas, administración, transporte, etc., durante el período 1958-1961. Es evidente que se va dando mayor importancia a las operaciones de evaluación epidemiológica a medida que progresa la fase de ataque y que un mayor número de programas se acercan a la fase de consolidación o la inician. Aunque el personal empleado en las operaciones de rociamiento disminuyó en 1961 en comparación con la cifra máxima alcanzada en 1960, el empleado en las operaciones epidemiológicas refleja un constante aumento durante el período cuatrienal, ascendiendo en 1961 a más del doble en relación al de 1958. Se observan aumentos particularmente notables en los grupos de evaluadores y microscopistas.

Los cuadros 5 a 8 del mismo informe, agrega el Dr. da Silva, contienen cifras comparadas para cada categoría y cada país referentes a los años 1958 y 1961. En el cuadro 5, en relación con las operaciones de rociamiento, por ejemplo, se advierte una reducción de personal en Colombia, México y Venezuela al suspenderse el rociamiento en áreas extensas. En cambio, los programas del Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua reflejan aumentos en 1961 en comparación con las cifras de 1958. En esos programas, la fase de ataque se inició con la aplicación de ciclos anuales de diel-drín; la subsiguiente aparición de resistencia y el empleo de DDT en ciclos semianuales obligaron a aumentar el personal encargado de las operaciones de rociamiento.

En el cuadro 6, en cuanto concierne a las operaciones de evaluación epidemiológica, se registran aumentos de personal en casi todos los programas. La evaluación epidemiológica no se ha ampliado a veces con la rapidez que era de desear, ya que los limitados recursos económicos se destinaron principalmente a operaciones de rociamiento durante los primeros años de la fase de ataque. Sin embargo, la comparación de las cifras de 1958 y 1961 revela que se concede cada vez más importancia a las actividades de vigilancia, a medida que los programas adquieren mayor estabilidad financiera y se completa la fase de ataque.

En el cuadro 7 se presentan cifras comparadas acerca del personal administrativo y en el cuadro 8 con respecto al personal empleado en las actividades de transporte. En general, el personal de esas categorías comprende el 19 % y el 9 %, respectivamente, de todos los funcionarios que participan en los programas de erradicación de la malaria.

En el cuadro 9 se indican los tipos y cantidad de los medios de transporte empleados en los programas de erradicación de la malaria. El aumento sobre el número empleado en el Brasil en 1960 refleja el incremento de las operaciones de campo en ese país a medida que se amplían las operaciones de la fase preparatoria y de ataque del programa. En Colombia y Ecuador, el empleo creciente de animales de silla y de carga en relación con años anteriores, se debe a modificaciones en los tipos de brigadas de campo empleadas. En general, los medios de transporte para llevar a cabo determinado programa no cambian radicalmente de un año a otro de la fase de ataque, aunque en la

fase de consolidación se recurre cada vez más a vehículos ligeros como "jeeps", motocicletas y bicicletas a medida que disminuyen las necesidades de transporte de las brigadas de rociamiento.

El Dr. da Silva manifiesta que en los cuadros 10 y 11 se da cuenta de los progresos realizados en las operaciones de rociamiento. Se registra un reducido volumen de operaciones en el caso de Bolivia, México y Jamaica al pasar a la fase de consolidación muchas áreas de esos países. En la República Dominicana no se logró una cobertura total debido a dificultades financieras, mientras que en el Paraguay se suspendió la fase de ataque en marzo de 1961. El consumo de insecticidas por vivienda acusó pequeñas variaciones en varios programas y lo mismo sucedió respecto a la eficiencia del personal encargado del rociamiento, medida por el número de casas rociadas por hombre y por día. Como se indica en el cuadro 11, el porcentaje de casas sin rociar no revela una marcada diferencia en relación con años anteriores en varios programas, y Costa Rica continuó notificando una cobertura total. Sin embargo, a medida que se entraba en la fase de consolidación en la costa de Surinam y se atendía al problema en el interior, ha aumentado el porcentaje de casas no rociadas. A este respecto, se realiza una labor especial de educación sanitaria en Surinam y se espera mejorar así la situación.

Señala el orador que al describir en el informe las actividades de investigación de casos en las Américas, se anotan por separado las correspondientes a las fases de ataque y de consolidación a fin de presentar un análisis más detallado de las que se han llevado a cabo durante la última fase de la campaña y proporcionar datos sobre la clasificación de los casos hallados.

Continuando la exposición de su informe, ruega a los Representantes que observen el cuadro 12 en el que aparecen, año por año, los casos de malaria encontrados en cada campaña. Respecto a México, aclara que si en el cuarto año de rociado se registraron más de tres mil casos de malaria en el área que había sido considerada libre de esta enfermedad, ello fue debido a que las autoridades de la campaña decidieron suspender el rociado en una determinada área del país durante el segundo semestre de 1961. En el caso de México, fue apareciendo, al intensificar la búsqueda, una gran cantidad de casos en el área fronteriza con las ya tratadas, siendo necesario efectuar un reajuste me-

dante el cual dicha área, en la que hubo más de 3.000 casos en 1961, ya está en la fase de cobertura con nuevo rociado.

En el cuadro 14, continúa diciendo el Dr. da Silva, se presenta en forma comparativa el hallazgo de casos de malaria, según los dos métodos clásicos: la búsqueda activa que se hace por funcionarios del propio Servicio de Erradicación de la Malaria, en visitas casa por casa, y la búsqueda pasiva obtenida por intermedio de puestos de notificación que están a cargo de personal voluntario. Este cuadro confirma la observación de años anteriores, de que, si bien la producción de láminas de sangre por el método de búsqueda pasiva es inferior a la que producen las visitas domiciliarias, el porcentaje de placas positivas es mayor, pues el número de casos de malaria que se encuentran en los puestos de notificación es casi siempre superior al indicado por la búsqueda domiciliaria.

El cuadro 15 ofrece datos globales para el período de 1958 a 1961, reflejando el total de láminas examinadas en todos los programas de malaria del Continente y el número de casos encontrados; en él se puede apreciar que las operaciones de búsqueda y evaluación de casos de malaria acusan considerables progresos. Mientras que en 1958 se examinaron poco más de 1.700.000 láminas de sangre, en 1961 este número excedió de cinco millones y el porcentaje de positividad, que era en 1958 de 3,3, pasó a ser de 1,9 en 1961.

El Dr. da Silva se refiere seguidamente al cuadro 16, que presenta los presupuestos nacionales para la erradicación de la malaria correspondientes al período de 1958 a 1962, notándose en cada año un incremento de la aportación de los Gobiernos para la campaña de erradicación de la malaria. Advierte, sin embargo, que a pesar de este esfuerzo económico, muchos programas no están todavía adecuadamente financiados, en especial los relativos a las zonas con mayor grado de persistencia de transmisión. En algunos países, donde se contaba con recursos económicos adecuados para las operaciones de rociamiento y evaluación epidemiológica durante la fase de ataque, fue posible liberar fondos para otros fines al iniciarse la fase de consolidación, pero en otros países no ha sido posible conseguir fondos suficientes para mantener, en su totalidad y de acuerdo con las necesidades existentes, el personal de rociado ni el de evaluación

epidemiológica. En dichos países fue necesario, a medida que se suspendía el rociado, ampliar estos recursos para atender las operaciones epidemiológicas.

Respecto a la resistencia de los anofeles a los insecticidas, manifiesta que la mayoría de los países redujeron la cantidad de pruebas de susceptibilidad a los insecticidas en 1961 en comparación con 1960, tendencia que parece totalmente razonable en vista de la relativa estabilidad que ha mostrado el fenómeno y el creciente acervo de conocimientos sobre la aparición de cepas resistentes. Brasil, Guatemala y México aumentaron el número de sus informes, de modo que el número de pruebas notificadas en detalle a la OSP variaron muy poco, ascendiendo a 442 las especies locales sometidas a ellas. En los países que notificaron muchas pruebas, una gran proporción de éstas fueron repeticiones, observándose comúnmente muy poca variación en la susceptibilidad o el grado de resistencia. En algunos casos apareció una nueva localidad con mayor resistencia que la que se había encontrado antes, pero ésta no fue la regla en áreas donde antes se había practicado un número razonable de pruebas. Señala el orador que es muy interesante observar que no hay una tendencia marcada al aumento de la resistencia en proporción a la intensidad en el uso del insecticida y parece que la sola aplicación del DDT en las casas no es un factor que indique aumento de la resistencia de los mosquitos. Se han hecho numerosas pruebas en 1958, repetidas en 1959, en 1960 y en 1961, y el porcentaje de elementos resistentes continúa siendo prácticamente el mismo. En las Américas, el número total de especies de anofeles que son resistentes una o más veces se eleva actualmente a 10, como se especifica en el informe.

En cuanto a los métodos de ataque, dice que, en aquellas áreas donde el rociamiento de acción residual con DDT no logra detener la transmisión, deben usarse métodos de ataque complementarios. La resistencia al DDT sigue creando un serio problema en El Salvador, Guatemala y Nicaragua.

Es de área más limitada y de menor grado en Honduras. En el curso de 1960, el grado de resistencia al DDT, medido en El Salvador tanto por medio de pruebas de susceptibilidad como de bioensayo, fue de tal naturaleza que indicó que se puede destruir a un número considerable de anofeles durante gran parte del ciclo de seis meses,

aun en casos de resistencia completamente desarrollada. En 1961, ambas pruebas revelaron una tolerancia decididamente mayor al DDT en la cepa de resistencia máxima.

Señala que entre los métodos complementarios o que pueden sustituir a otros métodos de ataque de la transmisión de la malaria, deben tomarse en consideración los larvicidas; su relativa economía depende en general de que se empleen para grandes concentraciones de población y en criaderos limitados. En la ciudad de Managua, los principales criaderos están a lo largo de las orillas del lago. Esta es un área en que los larvicidas pueden proporcionar una protección más económica sobre la base del costo *per capita*. En la actualidad se proyecta emplear en ella "verde de París" en gran escala. En otras dos zonas de problemas difíciles de Nicaragua se intentó el empleo de larvicidas, pero tuvo que suspenderse a causa de la falta de fondos para sufragar los costos locales.

Se observó que los larvicidas clortión y "Baytex" (compuestos organofosforados) resultaron sumamente eficaces en Guatemala en 1961 en el Valle de Sanarate, donde la resistencia al DDT es muy elevada, y en la zona epidémica de la finca Mocá. En una de las zonas de problemas difíciles de la vertiente mexicana del Pacífico se hizo un ensayo sobre el terreno, pero la zona no se prestaba bien para este método, pues la población estaba dispersa y los criaderos muy diseminados.

En 1962, añade el orador, están en proyecto o en aplicación trabajos antilarvarios, como ataque complementario, en escala mucho mayor en zonas de problemas difíciles de Guatemala y El Salvador. Para evaluar si los larvicidas son idóneos en una situación dada, es necesario un nuevo conocimiento de los costos de los distintos métodos y criterios para calcular las necesidades de cada proyecto. Son datos que ahora van obteniéndose en esos dos países.

Para el ataque complementario con drogas se utilizaron en 1961 dos métodos. El primero consiste en el uso de métodos especiales de tratamiento para producir una cura radical de todos los casos debidos a *P. vivax* en los que se considera que las recaídas son una causa destacada de la continuación de la transmisión. En zonas de problemas difíciles de Costa Rica y Nicaragua y, en menor extensión, de Guatemala y Honduras, se obtuvo una reducción muy marcada de la incidencia de malaria.



Se emplearon varias drogas y dosificaciones. Parece que ese método ha contribuido a dar el golpe de gracia a la malaria en Belice y Jamaica, donde se empleó especialmente en las fases finales para la limpieza de los últimos focos.

El Dr. da Silva indica que la primaquina es la droga preferida, administrada en una dosis diaria durante 14 días o bien en dosis semanales durante 8 semanas. En Costa Rica, Honduras y otros países se utilizaron métodos de supervisión con colaboradores voluntarios, cuya eficacia no siempre ha sido la deseada. Cuando la supervisión ha sido efectiva, como en Nicaragua y Guatemala, el tratamiento radical ha sido más bien costoso en las áreas rurales.

En Trinidad prosiguió en 1961 el tratamiento mensual con cloroquina más primaquina (iniciado en 1959); se hicieron visitas casa por casa en una población de 40.000 habitantes, a fin de vencer el problema del *A. (Kerteszia) bellator*, vector que pica fuera de las casas. La tasa de aceptación fue muy baja. Inicialmente, sólo el 70 % de la población rural y menos del 50 % de la urbana tomó las drogas ofrecidas; durante la mayor parte de los últimos meses, esa proporción, en conjunto, bajó a un promedio del 30 %. Con todo, el potencial de transmisión fue tan bajo que de hecho cesaron los casos nuevos de malaria después del tercer mes de administración de la droga (marzo de 1960). Los dos últimos casos autóctonos se hallaron en septiembre de 1960. En 1961 hubo un caso importado de Africa, y el programa quedó terminado con éxito completo a fines de dicho año.

Continúa diciendo que no era posible eliminar completamente la transmisión con la sola aplicación domiciliaria del insecticida y que se elaboró un plan para efectuar el tratamiento colectivo del área en que el *A. (Kerteszia) bellator* era el vector. Este trabajo, llevado a cabo durante tres años, puso de manifiesto que, a pesar de haber sido tratado un porcentaje de población relativamente bajo, el 70 % o algo menos, la malaria desapareció. Cree que esto se debe a que ya existía una transmisión muy baja de malaria en el área y por ello la distribución de drogas fue suficiente para eliminar los pocos casos restantes.

En la Guayana Británica se está realizando un tratamiento colectivo a base de sal medicada con resultados muy positivos en algunas áreas, aunque en otras persiste la transmisión, por lo que es necesario estudiar las causas de esta persistencia.

En dicho territorio se encontraron 87 casos de malaria debidos a *P. vivax* en una zona de 20 millas de extensión a ambos lados de la parte inferior del río Demerara, cerca de Georgetown, en una zona donde la malaria estaba erradicada desde 1955. El brote no fue descubierto hasta fines de julio de 1961. Se atacó con éxito mediante rociamiento y quimioterapia colectiva.

Este episodio constituye el primer hecho importante de reinvasión de una zona limpia, y, a la vez, de contraataque con éxito. Sin embargo, la reinvasión no fue muy fuerte. Al principio, la zona era altamente malárica, a causa del *A. darlingi*, pero esta especie quedó erradicada en 1955 mediante rociamientos de acción residual con DDT, y no ha vuelto a aparecer. El reciente brote provocó sólo 87 casos reconocidos y, al parecer, se debió en parte a una extraordinaria densidad de *A. aquasalis*. Esto exige el mantenimiento de un servicio de vigilancia en todas las áreas donde se ha considerado erradicada la malaria, para poder descubrir los casos antes de que se propague la infección.

Mediante estudios realizados por el Gobierno del Brasil, con la cooperación de la Oficina a fines de 1961, se han encontrado algunos casos de infecciones por *P. falciparum* de alta tolerancia a la cloroquina.

En la Guayana Británica aparecieron por primera vez, en 1961, algunos casos de reacción a la cloroquina, en forma de dermatitis actínica exfoliativa, de los que ya se ha hecho un estudio muy interesante que será publicado en el *Bulletin* de la OMS. Parece ser la primera vez que se ha encontrado una reacción de esta naturaleza en individuos que tomaron cloroquina en dosis muy baja.

En El Salvador se efectuó un estudio especial a fin de encontrar métodos eficientes para la administración colectiva de drogas en una zona de elevada transmisión y con el objeto de evaluar su eficacia en condiciones de campo. Las zonas de problemas graves de El Salvador presentan no sólo irritabilidad y resistencia de los mosquitos al DDT, sino también un gran movimiento de obreros ambulantes, muchos de ellos alojados en casas rudimentarias o sin casa alguna. La cantidad de personas picadas por mosquitos fuera de las casas y la gran movilidad de los obreros ambulantes, especialmente en la estación de la cosecha del algodón, requerían métodos de ataque que alcanzaran a esa población errática. Para abordar este proble-

ma se llevó a cabo un ensayo de campo en la llanura litoral, donde la malaria persistente llegaba a su más alto nivel y en la que el cultivo del algodón determinaba la presencia del máximo número de obreros ambulantes mal alojados. Se dio tratamiento a intervalos de 2 ó 4 semanas durante siete meses.

El tratamiento empleado, señala el orador, era una tableta combinada de 150 mg de cloroquina (base) más 15 mg de primaquina (base), con una capa de azúcar. Se dieron tres tabletas de esta clase a los adultos y una cantidad menor a los niños, en proporción al promedio de peso de cada grupo de edad. Todos los tratamientos fueron administrados por empleados a sueldo, especialmente adiestrados para tomar historias clínicas, hacer frotis de sangre y llevar registros. Se hicieron encuestas periódicas tanto en las zonas tratadas como en las de control.

Se produjo un descenso de casos muy rápido y marcado, de suerte que después del tercer ciclo (de dos semanas) casi todos los casos eran de recién llegados o de personas que habían faltado a dos o más tratamientos. El *P. falciparum* desapareció por completo. La incidencia bajó de 70 por 1.000 a 1 por 1.000, y a cero en los que recibieron más de seis dosis. Con una dosis adecuada, se observó que los ciclos de dos semanas eran muy eficaces en zonas de alta incidencia, y los ciclos de cuatro semanas lo eran igualmente donde el potencial de transmisión era bajo.

Se observó que el movimiento de personas registradas como alojadas en casas permanentes era del 2,7 al 3,7 % de la población que entraba y salía de la zona estudiada cada dos semanas. Entre el 30 y el 50 % de los moradores estaban ausentes del hogar durante la visita del distribuidor, de suerte que con sólo visitas domiciliarias pudo alcanzarse únicamente a un 60 %. Dos tercios o más de los ausentes pudieron ser hallados o tratados en las haciendas o fábricas de conservas de pescado donde trabajaban, o bien en las escuelas. El tratamiento en las haciendas fue un complemento necesario de las visitas domiciliarias, y de ordinario resultó mucho más completo y asimismo más eficiente por lo que respecta al número de personas tratadas por hombre-hora. Asimismo, las escuelas y las fábricas de conservas de pescado fueron puntos de administración de tratamiento a la vez necesarios y eficientes. Raras veces fueron las reaccio-

nes la causa de una negativa a tomar la droga, y ninguna de ellas revistió gravedad. Las tabletas con una capa de azúcar fueron bien recibidas por personas de todas las edades y se han uniformado para su empleo futuro.

Con este estudio, agrega el Dr. da Silva, se ha averiguado que se dispone de un método capaz de eliminar los parásitos *P. falciparum* y *P. vivax* del reservorio humano en un lapso de tiempo relativamente breve, a condición de que haya un porcentaje suficiente de personas que reciban por lo menos un número mínimo de dosis. Dicho porcentaje variará según el potencial de transmisión.

El tiempo para alcanzar el necesario porcentaje de la población con el número mínimo de dosis dependerá, naturalmente, de la frecuencia de los ciclos de tratamiento, pero también dependerá muchísimo del porcentaje de personas tratadas o dejadas de tratar en cada ciclo, de la localización y tratamiento en el ciclo subsiguiente de las personas que no fueron alcanzadas en un tratamiento y, sobre todo, de que se impida la entrada de personas infectadas procedentes de otras zonas.

Anuncia el Dr. da Silva que el tratamiento colectivo como método complementario de ataque está siendo objeto de un gran ensayo sobre el terreno en áreas problemáticas de Costa Rica, Guatemala, México y Nicaragua, en 1962, como preparativo para su empleo en cualquier situación en que sea necesario en el futuro.

La Oficina ha cooperado con los Gobiernos en el desarrollo de dos programas muy importantes: el AMRO-220 y el AMRO-196. El primero se refiere a estudios epidemiológicos para la determinación de la causa o causas de la persistencia de la transmisión en ciertas áreas y se ha realizado principalmente en El Salvador, habiéndose encontrado, entre otras cosas, la gran irritabilidad del mosquito vector al DDT. Se ha comprobado que no todos los mosquitos pican a los habitantes de las casas, lo que indica una acción favorable, hasta cierto punto, del DDT, por lo que se aconseja no abandonar el empleo de este producto. En cuanto al programa AMRO-196, de pruebas con insecticidas, se ha observado que el DDT es efectivo durante largo tiempo en ciertas paredes impermeables, como la madera y la paja.

Informa también sobre la cooperación internacional en la erradicación de la malaria, refiriéndose al cuadro número 18 del informe, en el que se enu-

mera la distribución del personal de la OSP, tanto profesional como técnico, asignado a los distintos países. En el cuadro 19 se indica el personal que ha sido adiestrado, en centros internacionales, en las técnicas de erradicación de la malaria.

Continúa el Dr. da Silva manifestando que se puede observar en dicho cuadro estadístico que el número de becarios que reciben adiestramiento en malaria está disminuyendo. Esto se debe a que la preparación de personal ha sido tan intensiva que actualmente casi todos los países cuentan con técnicos suficientes. Respecto a las becas concedidas para viajes de estudio sobre la erradicación de la malaria, que se enumeran en el cuadro 20, considera que ésta será una de las actividades más importantes en el futuro, en materia de adiestramiento, ya que permitirá al técnico de un determinado país visitar otros lugares donde está aplicándose un método nuevo de trabajo, que acaso convenga emplear en el propio país.

En el cuadro 21 se enumeran las clases y cantidades de suministros y equipo que han sido proporcionados por la Oficina, debido a que dichos elementos no pudieron obtenerse de ninguna otra procedencia.

El cuadro 22 indica las drogas que han sido facilitadas por la Oficina Sanitaria Panamericana para su distribución, y el cuadro 23 muestra la cantidad y procedencia de las contribuciones internacionales destinadas a los programas de erradicación de la malaria. Se puede observar que son varios los países que han recibido colaboración de cada una de las organizaciones internacionales. En los últimos cuatro años la OPS ha cooperado en 28 programas de los países, de los cuales la OMS/AT ha colaborado en 12, el UNICEF en 23 y la AID en 11.

Indudablemente—concluye diciendo el Dr. da Silva—las mayores contribuciones son las de los Gobiernos, pero puede observarse que las cantidades aportadas por las organizaciones internacionales son de cierta consideración; además, teniendo en cuenta el número de programas en los países a los que prestan su cooperación, es evidente que dichas organizaciones desempeñan un papel de primera importancia en el programa de erradicación en el Hemisferio. La sincera colaboración de cada una de las organizaciones internacionales con los diversos Gobiernos y entre ellas mismas ha contri-

buido de modo importante a que la campaña se desarrollara en forma ordenada.

#### *Informe de la Delegación de la Argentina*

El Dr. OLGUÍN (Argentina) destaca el alto valor del trabajo presentado por la Oficina Sanitaria Panamericana sobre la erradicación de la malaria y felicita por ello al Dr. da Silva. Manifiesta que oportunamente se puso en conocimiento de los señores Representantes, mediante un folleto, la labor que la Argentina viene realizando en este programa de erradicación; pero que, no obstante, desea puntualizar aquellos aspectos de mayor importancia en un plan que en estos momentos se realiza con la colaboración de la Oficina y el UNICEF.

Este programa, iniciado en agosto de 1959, abarca todas las zonas maláricas del noroeste, y comprende asimismo estudios entomoepidemiológicos llamados a incorporar al plan de trabajo aquellas áreas reconocidas como maláricas o potencialmente peligrosas. Se trata, en principio, de efectuar el rociado de 80.800 viviendas dos veces al año.

En el aspecto de evaluación y vigilancia tuvo prioridad la intensificación de las actividades destinadas a localizar enfermos y realizar investigaciones epidemiológicas, y fue principal preocupación la de incrementar el número de los puestos de información de casos febriles. El aumento creciente de la participación de la colectividad se tradujo en el alto porcentaje de enfermos localizados a través de este medio, que llegó hasta el 85 por ciento.

La responsabilidad de la ejecución de este plan corresponde al Departamento de Paludismo y Fiebre Amarilla, del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, cuyos presupuestos fueron actualizados para atender los requerimientos del programa, habiéndose aumentado de 800.000 dólares en 1958 a un millón en 1962.

Puede decirse que en la zona del noroeste, existen 40.100 Km<sup>2</sup> en los que la malaria ha sido erradicada y a fines de 1961 había 16.490 Km<sup>2</sup> en fase de consolidación. Posteriormente, tomando en cuenta los resultados obtenidos en las investigaciones hematológicas, se decidió ampliar las áreas bajo vigilancia, y en consecuencia, de los 120.000 Km<sup>2</sup> en que se calculó el área endémica del noroeste, 40.100 Km<sup>2</sup> se encuentran con malaria erradicada, 45.500 con transmisión interrumpida y 34.400 Km<sup>2</sup>

con focos dispersos de baja incidencia, que se estima serán eliminados en un futuro próximo.

El número de rociados se consigna en los cuadros que figuran en el informe presentado. Casi en un 100 % la especie parasitaria predominante es el *Plasmodium vivax*. Entre agosto de 1959 y julio de 1960 se registraron las seis últimas muestras de sangre en las que apareció el *P. falciparum*, y de agosto de 1961 a abril de 1962, dos enfermos inducidos por la transfusión de sangre en los que se comprobó *P. malariae*.

En la zona noroeste, la persistencia de enfermos se atribuyó, entre otras cosas, a las dificultades de todo orden que ocasiona el hombre mismo con la creación de campamentos y nuevas construcciones, en su constante ampliación de áreas cultivables, explotación de bosques, etc.—hechos todos relacionados directamente con el saneamiento del medio— a pesar de las disposiciones legales, nacionales y provinciales, que hacen obligatoria la denuncia de instalación de obrajes y campamentos de trabajo. Otro factor importante es el nomadismo de los habitantes que con su desplazamiento continuo mantienen el problema. En esta zona del noroeste el paludismo es eminentemente rural.

En el noroeste del país se caracteriza por la presencia de grandes brotes epidémicos que se suceden con intervalos de ocho a once años. En el primer semestre de 1961 se registraron intensas lluvias en las provincias del Chaco y Formosa, dando como resultado la casi paralización de la labor de las brigadas. Las lluvias destruyeron cultivos, provocaron el éxodo de braceros, apareciendo múltiples focos de transmisión, incluso en áreas libres por aquel entonces de malaria, como consecuencia de la gran densidad de anofelinos originada por el aumento en número y extensión de los criaderos debido a dichas lluvias, así como al desbordamiento de ríos y arroyos que provocaron. El fenómeno rebasó los límites de las zonas epidemiológicamente conocidas y bajo tratamiento, llevando a una revisión importante de los planes de lucha con miras a la cobertura de todas las áreas verdaderamente peligrosas.

En lo que respecta a investigaciones epidemiológicas, se intensificaron las tendientes a determinar los focos de resistencia de los anofelinos, así como sus áreas de invasión. Se efectuaron, asimismo, investigaciones encaminadas a comprobar si las especies transmisoras en la Argentina han desarrollado algún grado de resistencia al insecticida en uso. Esas

investigaciones pusieron de manifiesto que las especies *Anopheles pseudopunctipennis* y *A. albivittatus* continúan siendo altamente susceptibles al DDT. Las pruebas fueron realizadas por la Oficina Sanitaria Panamericana y se llevaron a cabo en áreas con varios ciclos de rociados regulares. En cuanto a la situación en las zonas fronterizas, en agosto de 1961 se celebraron reuniones en Iguazú (Misiones), con las autoridades sanitarias del Brasil, Paraguay y Uruguay, discutiéndose problemas comunes relativos a la salud pública; hubo igualmente reuniones similares, en noviembre del mismo año, con las autoridades de Bolivia, en Termas de Reyes (Jujuy). En ambas reuniones se presentaron informes sobre la situación del paludismo en las áreas fronterizas. Después de aludir a las conclusiones y recomendaciones formuladas en dichas reuniones con respecto a las campañas de erradicación del paludismo en áreas fronterizas que figuran en el informe presentado por su país, el Dr. Olgún señala que en mayo de 1960, y para discutir problemas comunes, los dirigentes de los Servicios Nacionales de Erradicación del Paludismo en Argentina y Bolivia celebraron reuniones en Yacuiba (Bolivia), a las que concurrieron funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana, del UNICEF y de la ICA. Concluye diciendo que la Delegación de la Argentina tiene verdadera satisfacción en agradecer la colaboración prestada por el UNICEF y la Oficina Sanitaria Panamericana en la campaña contra el paludismo.

#### *Informe de la Delegación de Costa Rica*

El Dr. PRADA DÍAZ (Costa Rica) empieza diciendo que el objetivo del programa en su país es la interrupción de la transmisión malárica, llegando a la erradicación de la enfermedad, adoptando también medidas tendientes a evitar la importación de casos del exterior. Agrega que en julio de 1962 se han cumplido cinco años de trabajos en el programa, que consiste fundamentalmente en el rociado domiciliario con insecticidas de acción residual (DDT). En forma complementaria se utilizan drogas antimaláricas para el tratamiento presuntivo y la cura radical de los casos, para el control de brotes epidémicos y para el tratamiento colectivo en áreas en que persiste la transmisión.

El área malárica abarca todas las localidades situadas a una altitud inferior a los 500 metros, lo

que representa una superficie de 31.526 Km<sup>2</sup>, o sea, el 61,8 % de la extensión del país. La población residente en aquella área se calculó, en noviembre de 1961, en 409.302 habitantes, es decir, el 33,4 % del país.

La evolución de la situación malárica indica que habiendo sido dicha enfermedad la segunda causa de defunción en 1942, con 1.223 muertes, descendió al undécimo lugar en 1952, con 159 defunciones, registrándose solamente 12 atribuidas a ella en 1961.

En las últimas dos décadas, la malaria tenía caracteres de hiperendemia en muchas zonas extensas. Así, en el año 1942 se estimó que aquella enfermedad había impedido trabajar durante varios días a más de 65.000 trabajadores, habiéndose hospitalizado en un solo hospital, ubicado fuera del área malárica, 3.222 casos de dicha enfermedad.

En los primeros años del programa de control, entre 1952 y 1956, la incidencia malárica acusó una acentuada disminución, que ha continuado durante el programa de erradicación. Antes del comienzo de este programa, en 1956, el índice parasitario era de 6,9 %, habiendo descendido en junio de 1962, según los datos del primer semestre del año, a 0,9 por ciento.

En 1961, continuó el Dr. Prada Díaz, se observó en vastas áreas de Costa Rica un marcado progreso hacia la erradicación de la malaria, registrándose 1.673 casos en 87.903 láminas, lo que representa una muestra de 21,5 % en relación a la población expuesta. Los datos del primer semestre de 1962 confirman el desarrollo favorable del programa, ya que en 73.405 muestras de sangre, que representan un 36 % de población examinada, solamente se registraron 813 casos de malaria.

Debe destacarse que el 90 % de los positivos proceden de una sola provincia (Puntarenas), y en ésta, en sólo cuatro cantones se ha notificado el 80 % de los casos. Es decir, la transmisión persiste en una zona reducida, que representa un 2,5 % de la superficie del área malárica, y en la que reside un 6,5 % de la población.

En esos focos de persistencia se han realizado diferentes pruebas de susceptibilidad con anofelinos adultos, observándose que no hay resistencia fisiológica a los insecticidas. Por otra parte, estudios de campo han indicado que la persistencia se debe a tres factores básicos: a) construcción precaria de las viviendas; b) hábito de picada de los anofe-

linos, ya sea extradomiciliar o intradomiciliar, pero reposando durante corto tiempo en paredes protegidas con insecticida, en razón de la excito repelencia del DDT; y c) hábito de las poblaciones que permanecen fuera de las viviendas al atardecer, y con migración frecuente de unas localidades a otras.

En atención a esas causas se puso en práctica en 1961 un programa de tratamiento colectivo a una población de unos 20.000 habitantes, durante seis meses, con asociaciones de drogas antimaláricas. El resultado de este método de ataque, complementario al efecto del insecticida, fue evidente, observándose una disminución acentuada de la incidencia después del tercer mes de actividades.

En Costa Rica, en el 65,6 % del área malárica, donde reside el 49 % de la población, se ha pasado a la fase de consolidación en el segundo semestre de 1962, lo que significa la suspensión de los rociamientos en el 53,1 % del total de las viviendas de dicha área. Esa decisión se ha adoptado después de una evaluación exhaustiva, habiéndose demostrado mediante el estudio por áreas epidemiológicas menores que no hay transmisión en la zona. De esta forma, toda la vertiente atlántica y la parte noroeste del país han entrado en la fase de consolidación.

Anuncia el Dr. Prada Díaz que continuará el rociamiento en el resto del área malárica, teniendo en cuenta la presencia de pequeños focos de transmisión persistente, los que exigirán la implantación de un programa de tratamiento colectivo de las poblaciones. Ese plan será realizado en el segundo semestre de 1962, contándose ya con personal, equipo y drogas suficientes para llevarlo a cabo.

Se ha puesto especial cuidado en mantener una coordinación estrecha con todos los servicios asistenciales sanitarios del país, sean gubernamentales o privados, y así se ha observado un progreso manifiesto en la notificación pasiva. Hay que señalar que los centros médicos se ajustan a las normas y esquemas terapéuticos recomendados por el programa, y que existe una cordial relación con los hospitales, unidades sanitarias y dispensarios.

La coordinación internacional, promovida por Costa Rica en 1958 para Centro América, se ha sostenido durante el desarrollo del programa, y las reuniones fronterizas de los directivos y el intercambio permanente de informes ordinarios y especiales ha permitido mantener un conocimiento cuidadoso de la situación malárica entre los países hermanos colindantes.

Añade el orador que la aportación del UNICEF en insecticida, bombas aspersoras, vehículos, material de laboratorio, etc., ha respondido a las solicitudes del Gobierno, cumpliendo regularmente los pedidos formulados por el programa.

En igual forma, la Oficina Sanitaria Panamericana ha contribuido con personal técnico asesor destacado permanentemente en Costa Rica, además de la asistencia periódica por consultores de la Zona y regionales. Su aportación en drogas antimaláricas, equipo de laboratorio y entomológico ha satisfecho oportunamente las necesidades de la campaña. En 1961 los egresos reales del programa alcanzaron la suma de 1.687.000 colones (254.740 dólares), lo que representa un gasto por habitante y por año de 1,45 colones (0,22 dólar).

Esa inversión está dando ya muy buenos frutos, permitiendo la recuperación de extensas zonas útiles para la agricultura y ganadería, que han sido libradas del azote malárico, lo que supone un marcado beneficio económico para el país.

El Gobierno de Costa Rica tiene el firme propósito de apoyar el programa de erradicación de la malaria, a fin de que todo el territorio quede libre de la enfermedad en un plazo estimado en tres años.

Hay que destacar también, añade el Dr. Prada Díaz, la aportación económica de instituciones autónomas a esta campaña, como la Caja Costarricense de Seguro Social que, dando pruebas de su sensibilidad social y responsabilidad en materia de actividades sanitarias, ha contribuido con 700.000 colones (123.431 dólares) en 1962.

Los planes futuros incluyen la continuación de los rociamientos en los focos de persistencia de la transmisión y en sus áreas de influencia, con la administración de drogas antimaláricas, en forma de tratamiento colectivo, a las poblaciones de dichos focos.

El Dr. Prada Díaz concluye diciendo que el control de la importación de casos del exterior se llevará a cabo en forma más estricta para asegurar que no ocurran focos secundarios en las áreas que se encuentran en la fase de consolidación.

#### *Informe de la Delegación de Venezuela*

El Dr. GABALDON (Venezuela) felicita cordialmente al Dr. da Silva por el informe que acaba de presentar. Dice que desea, como malariólogo an-

tigo, intervenir para hacer comentarios sobre algunos aspectos que considera útil recordar.

Manifiesta que tuvo oportunidad de estar recientemente en el Oriente Medio donde experimentó la sensación de que el programa de erradicación de la malaria en las Américas no es visto por los malariólogos de dicha región y por los del sudeste de Asia con la categoría que merece. Agrega que tiene la impresión de que, como los informes de los países de América sobre la erradicación de la malaria son más antiguos y quizás no se han ajustado a la manera de presentación de datos que ha venido aconsejando la Organización Mundial de la Salud, tal vez no se facilita la comparación de datos con los de las otras regiones. Menciona que los programas de los países de las Américas han desmerecido frente a aquellas gentes y en el futuro, tomando en cuenta estas cosas, se podría acoplar mejor la presentación de datos, lo que facilitaría también a los países el presentar un solo informe, del mismo estilo, para ambos organismos: la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

Continúa diciendo que en los cuadros del informe presentado no figuran algunos datos sobre los países que no están recibiendo asistencia técnica de la Organización y que es probable que la Oficina no quiera molestar a esos países pidiendo tanta información como ordinariamente lo hace a los países que reciben su asistencia técnica; pero considera que todos esos países estarían dispuestos a enviar los datos con mucho gusto, porque tienen el deseo sincero de figurar en todos los cuadros del informe, lo que se considera de mucha importancia, porque en él están reflejados, paso a paso, los progresos que año tras año se van obteniendo. En ese sentido le parece muy importante comenzar a publicar ya los datos de aquellas áreas que entran en la fase de mantenimiento.

El Dr. Gabaldon señala que la fase de mantenimiento es, naturalmente, una fase sin caso de malaria autóctona, pero que conviene tener información sobre los hallazgos de casos que en esas áreas existan o puedan existir, para poner de manifiesto el peligro a que pueden estar sometidas esas áreas con la importación de casos. Por ese motivo, teme que por tal hecho constituya un problema la suspensión del rociado en algunas zonas; es probable que lo que acaba de referir el Dr. da Silva de lo que se observó en México, suceda a consecuencia

de esta circunstancia, y también es probable que la suspensión del rociado dé origen a reinfecciones dispersas aquí o allá, como consecuencia de la llegada de portadores a ciertos lugares. Naturalmente, en una amplia área que se encuentra en la fase de mantenimiento y donde la importación de casos sea escasa, no debe tener importancia la suspensión del rociado. Sigue diciendo que es muy importante el problema de la resistencia de los anofelinos a los insecticidas, y piensa que tal vez sea conveniente que los casos de resistencia se presenten por número de localidades en donde específicamente se encontró la resistencia y con el número de mosquitos sometidos a cada una de las pruebas. Añade que es lógico pensar que, muchas veces, barreras geográficas impidan la propagación de la resistencia en algunas áreas y, por consiguiente, tal vez la aparición de resistencia no tenga la importancia que se le ha atribuido para el programa de erradicación en general.

Por otra parte, cree que se debe presentar la incidencia de casos en áreas con resistencia, porque no está enteramente convencido de que la resistencia signifique necesariamente fracaso de la interrupción de la transmisión por el insecticida. Es posible que parte de la población anofelina muera como consecuencia del insecticida, porque no toda sea resistente; y que por esta causa no haya el número suficiente de anofelinos para mantener la transmisión. Por otro lado, cree que el mosquito resistente, al salir de la casa y reposar fuera de ella, tal vez no tenga la sobrevivencia necesaria para la transmisión y que, por este motivo, sea posible que en áreas con anofelinos resistentes a los insecticidas se observe la desaparición de la transmisión.

El Dr. Gabaldon llama la atención sobre otro problema, el relativo a la amplia distribución geográfica del *A. nuñez-tovari* en la América del Sur, especie que desde 1950 se ha venido confirmando en Venezuela como causa del problema de transmisión persistente en presencia de insecticidas. Señala que no se ha visto la descripción de un fenómeno similar en los países en donde este mosquito está presente; se extiende de Venezuela a Bolivia al oriente de los Andes y de allí alcanza la cuenca del Amazonas, área muy considerable—que está en parte ocupada también por el *A. darlingi*, un vector de importancia—en donde debe haber zonas en las que el *A. nuñez-tovari* es el solo responsable de la transmisión, como es el caso de Venezuela, donde

se encontraron índices esplénicos que excedían del 70 %, lo que indica que es un poderoso vector de malaria.

Añade que es interesante el anuncio que se ha hecho, ya conocido por él, del problema de la reinfección de la costa de la Guayana Británica por el *A. aquasalis*. Señala que en 1960 y 1961 este mosquito tuvo un aumento considerable de su densidad en el oriente de Venezuela, seguido por una reinfección en áreas de pocos kilómetros cuadrados que estaban en la fase de mantenimiento. Explica que este aumento de la densidad del mosquito se cree que puede ser una expresión más de los ciclos de fluctuación que tienen las poblaciones de los anofelinos y que desde hace ya mucho tiempo se han descrito en Venezuela respecto a varias especies. Añade que el problema de Venezuela se agravó por el hecho de que en el área en donde hubo la reinfección, el mosquito también demostró comportarse en forma peculiar, igual que el *A. nuñez-tovari*, o sea, un picador y reposador intradoméstico y un picador y posador extradoméstico, debido a lo cual puede transmitir la enfermedad en presencia del insecticida.

Explica que una medida que ha resultado bastante eficaz para la interrupción de la transmisión en estos casos, ha sido la nebulización peridoméstica con el fin de producir dicha interrupción, en la misma forma que lo hace el insecticida cuando se rocía dentro de las casas. Manifiesta que estas nebulizaciones han debido hacerse cada semana con el fin de matar aquellos mosquitos que estén reposando en los arbustos, en las raíces y demás vegetación vecina, alrededor de las casas. Informa que en Venezuela se usaron larvicidas y se erradicó la malaria de una pequeña zona, en donde la superficie acuática era relativamente pequeña comparada con la población, pero que en áreas en las que hay baja densidad de población, el empleo de larvicidas resultaba sumamente costoso; en cambio, el uso de nebulizaciones ha disminuido el costo aunque es indudablemente mayor que el del rociamiento intradoméstico. Señala la posibilidad de que en áreas similares se emplee este método, pues tal vez se obtenga el mismo éxito que en Venezuela tuvieron con su aplicación.

El Dr. Gabaldon desea hacer una vez más hincapié sobre el fenómeno de la malaria refractaria, debida a mosquitos que pican dentro o fuera de la casa, pero que reposan fuera, y cree que éste es un

fenómeno mucho más importante que el de la resistencia fisiológica a los insecticidas. Atribuye tal hecho a que en alguna parte del área de distribución de cada especie, ésta debe ser más salvaje que de costumbre, pues como los anofelinos existían en el mundo antes de la aparición del hombre, antes de que hubiera viviendas, debe haber zonas en que aquéllos permanezcan más alejados de contacto humano. Por eso se ha interesado mucho en la aparición de este fenómeno en Centro América, en donde cree que tal vez se encuentre el área de dispersión del *A. albimanus*. Eso confirmaría la idea, que ha venido expresando, de que en estas áreas, debido a lo que acaba de señalar, la malaria sea refractaria, y que los insecticidas usados únicamente dentro del domicilio no sean efectivos. Cree, asimismo, que un fenómeno similar va a encontrarse también con el *A. darlingi* en su centro de dispersión en la cuenca del Amazonas. Por ese motivo le ha interesado mucho la referencia hecha en el informe, en materia de investigaciones, a los estudios que se están emprendiendo sobre las costumbres y otros problemas relacionados con los anofelinos. Menciona que éste es un aspecto muy importante, porque al principio se creyó que la erradicación de la malaria consistiría sólo en rociar con DDT y esperar tranquilamente la desaparición de los casos.

Añade el orador, con referencia al tratamiento colectivo, que su país lo ha usado ampliamente y que le extraña mucho la aparición de dermatitis causadas por la cloroquina, las cuales tal vez no sean debidas a la droga en sí, ya que en Venezuela han tratado a más de 100.000 personas por año, durante varios años consecutivos, y no han observado dicho fenómeno. Manifiesta que no saben si se trató en ese caso de algún componente extraño de la droga, o de algún factor dietético o de otra índole, pues no cree que en Venezuela la gente difiera mucho, en sus costumbres fuera de la casa, de los habitantes de la Guayana Británica.

Dice que a él le parece conveniente que algunos de los trabajos de la serie conocida por la sigla "WHO/MAL", presentada por la Organización Mundial de la Salud, se dieran a conocer en castellano a los malariólogos. Manifiesta que le sorprende la renuencia que existe entre algunos malariólogos a leer textos en inglés, lo que hace que ignoren algunas cosas que deberían de saber, acerca de lo que está pasando en el mundo, publicadas

en esos folletos mimeografiados. También se podría intensificar el intercambio de conocimientos con la publicación de algunos artículos sobre malaria en el *Boletín* de la Oficina.

El orador señala que, como es natural, en estos últimos años se observa que hay una disminución en el adiestramiento; pero cree que hay necesidad de intensificar la preparación de un reducido número de personal de alta calidad, para que los países puedan disponer de asesoramiento adecuado en el momento debido sobre los problemas que se están presentando y se van a presentar con más frecuencia en diversos lugares. Manifiesta, por otra parte, que las becas de viaje son de gran importancia, pero sugiere que se concedan para un período más largo a fin de que los becarios puedan estudiar con más detalle los programas de que se trate. También sería conveniente que, si fuera posible, las visitas de estos becarios se organizaran en pequeños grupos, ya que las visitas aisladas representan considerable trabajo adicional para el personal de campo.

El Dr. Gabaldon lamenta que en el cuadro 19 del informe presentado, relativo a adiestramiento, no figure el período de 1944 a 1948 en que la Escuela de Malariología de su país dio cursos de tipo internacional, aunque en esa época las becas se ofrecían a cada una de las Repúblicas americanas a través de las Embajadas de Venezuela, y no como se hace ahora por intermedio de la Oficina Sanitaria Panamericana. También lamenta que en el cuadro 23, en el que se enumeran las aportaciones internacionales a los programas de erradicación, figure solamente en cuanto a la de países, la cooperación de los Estados Unidos de América y no la de Venezuela. El costo de las becas antes citadas representa probablemente una proporción, con respecto al presupuesto nacional, igual o mayor que la cooperación norteamericana.

El Dr. Gabaldon concluye expresando su complacencia al observar que el área en la fase de consolidación alcanzada por México llega a un número de kilómetros cuadrados justamente el doble del área de malaria erradicada que tiene Venezuela, porque esto indica que muy pronto México va a tener un área en fase de mantenimiento doble de la de Venezuela, lo que como es natural, le colocará, dado su mayor territorio, en el segundo



puesto en las Américas en cuanto a extensión del área de malaria erradicada.

#### *Informe de la Delegación de Colombia*

El Dr. PÉREZ ARCHILA (Colombia) dice que la erradicación del paludismo en su país se inició en 1958. A partir del sexto ciclo de rociado se excluyó a varios municipios en un área considerada en fase de consolidación, que mide 12.240 Km<sup>2</sup>, con 14.844 casas y 42.342 habitantes. El plan para el octavo ciclo abarca 694.350 casas y una población aproximada de 6.668.198 habitantes, que será protegida directa e indirectamente. Señala la reducción, para este ciclo de rociamiento, de 2.026 localidades, en 93 municipios del país, que comprenden 93.657 casas, repartidas en un área de 26.158 Km<sup>2</sup>, que al igual que la anterior puede considerarse que se encuentra en la fase de consolidación.

A continuación el orador recomienda la integración de las actividades antipalúdicas en los organismos de salud, en aquellas áreas donde ya ha sido erradicada la enfermedad, siempre y cuando se verifique una supervisión lo más intensa posible durante los primeros meses de su integración.

Refiriéndose a los estudios especiales realizados sobre el *P. falciparum*, señala que se examinaron 19.761 personas, de las cuales 623 eran portadoras de dicho plasmodio; a 389 de ellas se les administró la dosis total curativa de cloroquina, y ninguna presentó resistencia.

En cuanto a las aportaciones para el programa de la erradicación, dice que en la campaña se han invertido desde su iniciación en 1958 hasta diciembre de 1961, las siguientes cantidades: 73.487.679 pesos colombianos; 2.829.200 dólares del UNICEF, 1.240.628 dólares de la AID, y 679.449 dólares de la OPS.

Finalmente el Dr. Pérez Archila informa que, en la actualidad, diversas comisiones compuestas por los Jefes de las Secciones de Epidemiología, Entomología y Evaluación del Servicio de Erradicación de la Malaria acompañados por personal auxiliar y consultores de la OPS, realizan encuestas en las regiones de su país, donde la transmisión del paludismo no se ha interrumpido, con el fin de determinar las causas por las cuales persiste aquélla y elegir el plan futuro de erradicación que se aplicará en dichas regiones.

#### *Informe de la Delegación del Brasil*

El Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil) manifiesta que va a hacer tan sólo algunas observaciones con respecto al programa de erradicación de la malaria en su país. Como tuvo ocasión de referir en una intervención anterior, fue necesario proceder a una reforma total del programa, porque en los años 1959 y 1960 la campaña antimalárica casi se estacionó. En 1961 se habían rociado únicamente el 10 % de las casas previstas. Se inició la reforma constituyendo un grupo de trabajo compuesto por el Representante de la OSP, el del organismo de los Estados Unidos de América que coopera en los programas brasileños y los directores de departamento, bajo la presidencia del Ministro de Salud. Fue preciso colocar bajo una sola dirección los trabajos de erradicación y de control. Con esta integración y la asignación de un programa único, resultaron más fáciles la distribución de recursos, el control técnico y la labor de orientación general. Fue preciso establecer un programa de urgencia y otro posterior, que sería el de erradicación. El programa de urgencia se destinó a prestar auxilio a las regiones en que la malaria volvía a constituir un problema. Únicamente el programa de erradicación que realiza el Estado de São Paulo se desarrolla con normalidad. Debido al interés del Gobierno en los problemas de la malaria, el Brasil participó en la Reunión de Ministros de Salud Pública celebrada en Iguazú. Hace dos meses se celebró una nueva reunión, esta vez en Ponta Porã, para determinar con las autoridades paraguayas los programas entre ambos países. Ha surgido un problema importante, el del comportamiento anormal del *Plasmodium falciparum* respecto de la cloroquina, en la región amazónica. El hecho fue puesto en conocimiento del grupo y de los técnicos de la OSP, decidiéndose la división de la región amazónica en distintas zonas, para estudiar por separado el comportamiento del plasmodio respecto a la cloroquina. En la actualidad, prosigue el Dr. Bichat Rodrigues, casi toda la sal que se consume en el Brasil está yodada y, al añadirle cloroquina, resulta por combinación química yodoformo, que produce un sabor detestable. Además, como se trata de una zona sumamente húmeda, se planteó el problema del depósito de la cloroquina (que en inglés se denomina "leaking out") de la sal en las paredes de los sa-

cos. Así, quienes recibían la sal de la parte baja del saco, obtenían una proporción mucho mayor de cloroquina, lo cual daba un sabor desagradable a los alimentos y, en consecuencia, la población se negaba a aceptar esa sal para el consumo. Además esta cuestión crea problemas de control bastante serios en la región amazónica, como el que se planteó el año pasado con el contrabando de sal favorecido por personas económicamente bien situadas que querían eludir el consumo de sal cloroquinada. La población rural se alimenta en gran parte a base de carne salada procedente del sur, preparada con sal sin cloroquina.

Hay otros productos derivados de la carne que se agregan, ya salados, a los alimentos y que disminuyen la proporción de cloroquina en ellos. Otro problema que viene a agravar la situación de la sal cloroquinada en la región amazónica es que siendo región exportadora de pieles de animales silvestres, los cazadores de estos animales, que residen en los llamados ríos altos, utilizan sal gruesa para la conservación de las pieles y, como es natural, no adquieren para los alimentos el producto a un costo mayor. Todos estos problemas obligaron a realizar un estudio sobre el que se informará debidamente a la Oficina.

Añade que para el próximo año se han hecho asignaciones presupuestarias razonables para el programa de erradicación y control de la malaria. También hay posibilidad de adquirir el material necesario para las actividades de campo del programa contra la malaria.

Señala finalmente el orador que hasta el año pasado no hubo posibilidad de que el país entrara, en realidad, en el programa de erradicación proyectado en los acuerdos internacionales. En el sector del nordeste, las actividades se encuentran ya en fase bien avanzada, como pudo comprobar personalmente el Jefe del Departamento de Erradicación de la Malaria de la OSP, y lo mismo ocurre en São Paulo. Espera que con estas medidas, el interés demostrado, los recursos y facilidades técnicas y administrativas y los resultados del estudio actualmente en marcha, se podrá hacer frente al problema de la erradicación de la malaria en el Brasil, bastante serio si se considera la posibilidad de reinfestación de las áreas que, desde hace muchos años, están libres de la enfermedad, con lo cual quedaría anulada la labor realizada con grandes sacrificios y a un costo considerable.

### *Informe de la Delegación del Paraguay*

El Dr. GONZÁLEZ TORRES (Paraguay) comienza diciendo que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha sometido para su inclusión en el programa de la Alianza para el Progreso, diversos planes de emergencia, entre los que figura el programa de erradicación del paludismo, el cual contó desde un principio para su financiamiento con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud, del UNICEF y de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América. Este último organismo ha venido proporcionando sumas anuales, de acuerdo con planes de inversión y presupuestos que se sometían a su consideración.

A raíz de recomendaciones técnicas de importancia fundamental efectuadas por la OSP, y cuya aplicación total resultó imposible con los fondos entonces disponibles, el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo suspendió sus operaciones de rociado en los primeros meses de 1961, destinando sus fondos a la investigación epidemiológica, cuyo refuerzo e intensificación figuraban también entre dichas recomendaciones.

Agrega a continuación que en agosto del año pasado, y como resultado de esa investigación, se pudo afirmar la existencia de la endemividad del paludismo en toda la superficie del país y, por consiguiente, había necesidad de proceder a un nuevo planeamiento de las operaciones de rociado que, además de ajustarse a las recomendaciones técnicas antes aludidas, se extendiera a toda la República, planeamiento que naturalmente traía aparejada la necesidad de prever una fase preparatoria de estudio detallado geográfico y censal y de reorganización estructural y administrativa.

Al mismo tiempo, añade el orador, se llevaba a cabo la histórica Reunión de Punta del Este, en la que se aprobó el programa de la Alianza para el Progreso. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social decidió entonces incluir, en los planes de emergencia sometidos a dicho programa, el plan de operaciones del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA) que cubría esa fase preparatoria para la elaboración y ejecución del plan de erradicación propiamente dicho. Dicho plan de operaciones fue elaborado minuciosamente, cuidando de evitar deficiencias que más tarde obligaran a improvisaciones perjudiciales. Para su pre-

paración se contó con la cooperación de expertos de la Organización Panamericana de la Salud, y se tuvo especialmente en cuenta la experiencia adquirida, con el objeto de reanudar el programa de acuerdo con principios técnicos y financieros sólidos y bien establecidos.

Informa que el citado plan de operaciones fue sometido a la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos de América, en la primera quincena de octubre de 1961, sin que hasta el momento el Ministerio tenga noticias de su aprobación. Entretanto, suspendido el rociamiento por razones financieras, como ya ha señalado el orador, el paludismo está haciendo su aparición en todo el país y en ciertas zonas—como en la del Alto Paraná, por ejemplo—su incidencia está alcanzando niveles alarmantes que preocupan seriamente al Ministerio de Salud Pública. Esta situación fue comunicada oportunamente a las organizaciones internacionales. Añade que no era intención del Ministerio exagerar el peligro como medio para alcanzar un objetivo, pero había que mencionar esos hechos confirmados por el laboratorio.

El problema del paludismo no es nuevo en el Paraguay; todavía se recuerdan los estragos dramáticos causados por epidemias que periódicamente azotaron la República, surgiendo de un estado endémico permanente. Tampoco el programa de erradicación es nuevo, aunque sean nuevos los procedimientos que han de utilizarse para conseguir esa erradicación. Los servicios de salud del Paraguay necesitan proseguir su marcha para lograr ese objetivo sin dilaciones. Sería lamentable que en estos momentos en que se está incrementando la inmigración de colonos extranjeros, en que están arraigando los productores nacionales, en que se ha establecido el libre comercio y se inicia el mercado común, el paludismo disminuyera la capacidad productiva del país y obstaculizara el desarrollo nacional que se está tratando de conseguir con las medidas de orden económico.

El SENEPA, dice el Dr. González Torres, que ahora funciona exclusivamente con fondos nacionales, está haciendo un esfuerzo considerable, pero desde luego limitado, para hacer frente a la fase preparatoria de la erradicación, al mismo tiempo

que se mantiene en estado de emergencia para solucionar posibles crisis. Con el fin de mejorar su situación se han solicitado más fondos para dicho Servicio. Por otra parte, el pasado mes de febrero se solicitó que se acelerara la consideración del proyecto de erradicación del paludismo sometido a la Agencia para el Desarrollo Internacional, proyecto con el cual se pretende dar una solución definitiva a este viejo problema nacional.

Mientras tanto, el SENEPA desplazó al campo grupos de investigaciones epidemiológicas que recorrieron los pueblos del interior para descubrir casos positivos en localidades consideradas anteriormente como no palúdicas, llegándose a determinar la transmisión de la enfermedad en todos ellos, lo que significa que todo el Paraguay, excepto la zona urbana de Asunción, es malárico. También se intensificó la educación sanitaria, realizándose reuniones de líderes con sus comunidades en 310 localidades.

Con el fin de descubrir los casos de paludismo se nombraron 1.625 colaboradores voluntarios en igual número de localidades, que en 1961 enviaron 22.071 muestras de sangre de personas febriles, de las cuales 1.445 resultaron positivas. También suministraron gratuitamente 69.000 pastillas de aralén, medicamento de acción supresiva que se usa en estas campañas. Los trabajos entomológicos demostraron de una manera fehaciente que el principal transmisor en el Paraguay, el *A. darlingi*, es autóctono, y que además existe otra variedad de mosquito transmisor secundario, el *A. albiparvus*.

El programa piloto de reconocimiento geográfico, censo y medición de casas, iniciado en el Departamento de Cangapá en diciembre próximo pasado abarcó 3.995 casas y aportó valiosos datos sobre las características del terreno, promedio de superficie de las casas y costos aproximados.

El Dr. González Torres concluye señalando que se ha mantenido un intercambio de informaciones con los países vecinos. A este respecto, los Representantes de la Argentina y Brasil han hecho ya referencia a la reunión de Ministros de Salud Pública de los países del Río de la Plata, celebrada en Iguazú, en agosto del año pasado.

*Se levanta la sesión a las 18 h. 5 m.*

### TERCERA SESION

Miércoles, 29 de agosto de 1962 a las 9 horas

Presidente: Dr. AMIRO PÉREZ MERA (República Dominicana)

Después: Dr. JAMES WATT (Estados Unidos de América)

#### Tema 2.2: Informes sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (conclusión)

El PRESIDENTE, después de comprobar que hay quórum, declara abierta la sesión y anuncia que va a proseguir el examen de los informes sobre el estado de los programas de erradicación de la malaria.

#### Informe de la Delegación de México

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México), refiriéndose a algunos aspectos del programa de erradicación de la malaria, afirma que su país, fiel a sus propósitos como pionero de esa erradicación en América, y apoyado además por el UNICEF y la OSP/OMS, continúa en pie de lucha y ya se acerca, aunque no en el plazo previsto, al final de su campaña. Agrega que desde la celebración de la anterior Conferencia Sanitaria Panamericana en 1958, año en que ya se había empezado la cobertura total con insecticidas de acción residual, arma fundamental de lucha, los planes de operaciones de la campaña se vienen cumpliendo ininterrumpidamente. Se han efectuado hasta ahora 28 millones de rociamientos para proteger a una población que, de 15 millones de habitantes aproximadamente al iniciarse los trabajos, ha aumentado a más de 19 millones en la actualidad, radicados en lo que fue área palúdica original, es decir, 1.150.000 Km<sup>2</sup>, que representan el 58 % de la superficie total del país. En dicha área se encuentran más de 90.000 localidades en las que el número de casas excede de cuatro millones.

Los rociamientos pusieron de relieve que el incremento de viviendas (más de un millón en cinco años) marcha a un ritmo superior al del crecimiento de la población, siendo del 7 % anual el primero y del 3,5 % el segundo en igual período.

Señala que fue en México donde se dio la primera voz de alarma contra el dieldrín, insecticida que se ha venido excluyendo del resto de los pro-

gramas por la resistencia que parece inducir precozmente en los anofelinos, por su alta toxicidad para el hombre y mamíferos domésticos y porque su acción residual nunca fue de un año en el ambiente rural donde se aplicaba. También en México se ha comprobado que iguales medios de ataque, aplicados en la misma forma, no provocan iguales respuestas. Así se obtuvo la interrupción de la transmisión en el 75 % del área palúdica original, donde el vector predominante era el *A. albimanus* y persiste en la cuarta parte restante del territorio, en la que el vector principal es el *A. pseudopunctipennis*. Afirma que para combatir el paludismo residual ya se han puesto en práctica, a título experimental y como medios complementarios del rociado, la lucha antilarvaria con insecticidas modernos y el uso colectivo de drogas antipalúdicas.

Hace constar que entre 1957 y 1962 se han invertido en la campaña 475.400.000 pesos (más de 38 millones de dólares), de los cuales, las inversiones de México ascienden al 74 por ciento. Durante el año 1961 la campaña tuvo un presupuesto de 73.700.000 de pesos dentro del cual está incluida la aportación del UNICEF de 12 millones y medio de pesos y la de la Oficina Sanitaria Panamericana por 688.250 pesos. La aportación del Gobierno ascendió al 82 por ciento. Hay que señalar el hecho de que, incluso sin haberse refrendado el convenio tripartito existente entre el Gobierno de México y dichos organismos, han continuado prestando al programa de erradicación todo su interés y apoyo, en reconocimiento de una obligación más bien moral que legal.

El Dr. García Sánchez añade que, como persisten las áreas en donde la campaña se halla en su fase de ataque, y ante la necesidad de hacer la evaluación más completa posible de las áreas en fase de consolidación, no se vislumbra la posibilidad de reducir substancialmente el presupuesto en los próximos años.

Al hablar de las actividades encaminadas a la localización de enfermos, asegura que durante el

año 1961 se realizó un notable avance en este aspecto, ajustando la labor a las necesidades técnicas y administrativas del programa, y extendiéndose este servicio a todas las localidades mayores de 100 habitantes, al 25 % de las menores de esta cifra y a todas las que resultaron positivas a partir de enero de 1960. La red contó con 36.160 puestos de notificación, de los cuales 5.743 enviaron muestras de sangre cada mes por término medio, como consecuencia de las 8.370 visitas que se hicieron mensualmente. Se planeó un programa de coordinación para aprovechar al máximo los servicios médicos oficiales y descentralizados del país, principalmente en la obtención de muestras de sangre. Durante el año 1961 los servicios estatales de salubridad fueron ya responsables ante la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo (CNEP) de la vigilancia de las localidades urbanas; así el personal propio pudo profundizar más su penetración rural y descubrir un mayor número de casos que, de otro modo, hubieran permanecido ignorados.

Afirma que hasta la fecha se ha cumplido el plan original de erradicación del paludismo en el 75 % del área palúdica inicial y en parte de esa área se pudo dar por terminada anticipadamente la fase de ataque. En el 25 % restante, el problema estriba en dilucidar la parte relativa que desempeña cada uno de los dos factores primarios siguientes: la ineficiencia integral del rociado en ciertas áreas rurales y, por otro lado, la conducta de los anofelinos que les permite eludir la acción de los insecticidas.

Indica que se ha planeado el fortalecimiento de la barrera que intercepte al mosquito infectado, haciendo la aplicación más frecuente (tres ciclos en vez de dos) y extendiendo los rociados hasta incluir todos los techos de las casas y todos sus anexos, incluso los no habitables.

El orador agrega que, en este aspecto, el criterio de los malariólogos mexicanos no siempre ha coincidido con el de los asesores, lo que en ocasiones ha originado dificultades en el abastecimiento de insecticidas por el UNICEF; así ocurre que a veces no se considera conveniente aplicar los tres rociados anuales que se solicitan en vez de dos, o bien que en lugar de aplicar dos gramos de insecticida por m<sup>2</sup>, sólo se quiere emplear uno. Considera que como estas cuestiones se están examinando en un plan de altura, el conocimiento de los resultados

a que se llegue será de utilidad para los demás países.

Juzga interesante la experiencia que adquirió en la campaña contra la malaria en su país como administrador de salud pública y señala que hubiera sido deseable que la coordinación entre el personal de salud pública y los servicios permanentes de dicha campaña se hubiese establecido antes de las operaciones efectuadas porque, cuando la lucha antimalárica requirió una colaboración más intensa, no había aún la coordinación adecuada.

Añade que en la campaña se ha utilizado relativamente a pocos epidemiólogos graduados, por lo general médicos especializados únicamente en malaria y que aún cuando hay algunos posgraduados y especialistas en salud pública, hubiera sido preferible contar con un número mayor, ya que cada día es más firme el convencimiento de que la solución del problema de la malaria no consiste en rociar los poblados o en aplicar un procedimiento único, sino en poder llevar a cabo la investigación minuciosa de cada área, es decir, realizar un estudio epidemiológico amplio que permita utilizar el procedimiento que se requiera en cada caso.

Termina diciendo que ve con agrado el optimismo de los malariólogos y cree que cuando transcurran tres años más podrá considerarse erradicada la malaria en su país, aunque continúe la vigilancia a cargo de los servicios permanentes. Advierte que este año los servicios correspondientes tendrán consolidada la erradicación en dos áreas más, esperándose que aumente progresivamente el número de las que hayan concluido este período.

#### *Informe de la Delegación del Reino Unido*

El Dr. NICHOLSON (Reino Unido) empieza diciendo que el cuadro general de la erradicación de la malaria en las islas británicas del Caribe y la Guayana Británica presenta un aspecto muy alentador. El programa está muy adelantado en Trinidad y Tabago, donde las actividades se limitan actualmente a la vigilancia y, con la cooperación de un consultor residente de la OMS, se están tomando medidas para impedir la reintroducción e investigar cualquier caso sospechoso. En la mayoría de las demás islas, la campaña de erradicación continúa desarrollándose también en forma satisfactoria.

Añade que en la Guayana Británica, donde la malaria está erradicada en la zona costera desde 1955, la fase de ataque se extendió al interior en enero de 1961. Debido a los hábitos nómadas de los indios aborígenes del interior del país, los rociamientos con DDT se han limitado hasta ahora a unas cuantas zonas en que la gente vive en chozas. Sin embargo, con el fin de lograr la erradicación en todo el territorio, en enero de 1961 se inició, con la colaboración de la OPS y el UNICEF, una campaña a base de sal cloroquinada. Toda la sal medicada se preparó en la Guayana Británica y contenía 0,43 % de cloroquina (base) y 0,72 % de fosfato tricálcico como agente desecante. El consumo semanal *per capita* se calcula en 70 gramos y el promedio de ingestión de cloroquina en 300 miligramos. Desde la introducción de la sal medicada, no se ha registrado un solo caso de malaria en el distrito noroeste, limítrofe con Venezuela, e incluso el examen intensivo de láminas de sangre no ha indicado un solo caso positivo. Ahora bien, siguen ocurriendo casos de malaria en el distrito de Rupununi, fronterizo con el Brasil, donde, por haber cesado el uso de la sal medicada al otro lado de la frontera, no se esperaba demasiado éxito de la aplicación de esta medida.

Las dermatitis atribuidas a la sal medicada, a las cuales se refirió el Dr. da Silva en la sesión anterior, ocurrieron afortunadamente tan sólo en 3 de cada 1.000 consumidores de dicha sal.

En un trabajo interesante escrito por Giglioli y sus colaboradores, entre ellos un dermatólogo de la OMS, se señala que las dermatitis son más frecuentes entre los indios aborígenes que entre los negros, lo cual sugiere una relación causal con el grado de pigmentación cutánea. La mayoría de los casos fueron leves y la enfermedad desapareció espontáneamente, incluso sin la interrupción o cese del uso de la sal medicada y, por consiguiente, no se va a suspender el empleo de la misma.

En 1960, la recurrencia de malaria en las zonas costeras donde había sido ya erradicada, se atribuyó, comprobándose mediante estudios entomológicos, a un nuevo vector, el *Anopheles aquasalis*, que antes había sido enteramente zoófilo. Pruebas realizadas con el estuche de la OMS para determinar la resistencia de los mosquitos adultos, han indicado que la especie es muy susceptible al DDT al 4 %, produciéndose la mortalidad incluso a las tres horas después de una hora de exposición al

papel impregnado. Ahora bien, durante varios meses de actividades de captura de mosquitos no se encontró una sola larva, ninfa o adulto del antiguo vector, el *A. darlingi*.

A fines de 1960, la epidemia, en la que hubo un total de 87 casos, había sido controlada mediante la aplicación de medidas de rociamiento, quimioprofilaxis y quimioterapia.

#### *Informe de la Delegación de Panamá*

El Dr. GONZÁLEZ RUIZ (Panamá) señala que desde 1958 a 1962, el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria de su país continuó desarrollando el programa, cuya fase de ataque se había iniciado en agosto de 1957, efectuando rociamientos intradomiciliarios con dieldrín en dosis de 0,6 gm por m<sup>2</sup>, en ciclo anual y llevando a cabo paralelamente actividades de evaluación epidemiológica.

Agrega que debido a que, al terminar varias coberturas completas, se observó que la incidencia malárica no estaba descendiendo en la forma esperada, y después de considerar debidamente los factores que pudieran estar influyendo en el mantenimiento de la endemia, se decidió el cambio de insecticida y de ciclo, a la vez que se tomaban otras medidas tendientes a buscar mejores soluciones a problemas de tipo administrativo que venían entorpeciendo el desarrollo del programa. Por ello, desde mayo de 1962 se está aplicando DDT en ciclos semestrales.

Afirma que se ha concedido importancia al acortamiento del intervalo de los rociados, pues con el período anual se ha demostrado la falta de adecuada protección de un alto porcentaje de superficies.

El Dr. González Ruiz añade que no ha habido razones de orden entomológico que hayan aconsejado la sustitución del dieldrín por el DDT, pues las pruebas de susceptibilidad efectuadas regularmente en distintos puntos del país no han demostrado resistencia de los anofelinos vectores (*A. albimanus*, *A. punctimacula*, etc.) al dieldrín. Sin embargo, teniendo en cuenta que la aplicación de este insecticida obliga a la protección del operario con equipo especial, así como al cuidado de los animales domésticos, y que su uso semestral aumentaría el costo de la campaña, se optó por el cambio. La campaña se ha llevado a cabo teniendo como

base la organización ya conocida, que canaliza todas las actividades a través de las secciones de administración, de operaciones de rociado, de operaciones de evaluación epidemiológica y de educación sanitaria.

Refiriéndose a los recursos económicos para la campaña, dice que se ha contado con presupuestos que han permitido el desarrollo de las operaciones; así, en 1958, el 4,6 % del presupuesto de salud pública se dedicó a malaria y en 1962, pasó al 6,2 %, de tal manera que representa el 0,875 % del presupuesto nacional y de 0,72 dólar *per capita* y por año. Para un país tan pequeño como Panamá, se dispone en el presupuesto de 1962 de \$ 600.000; en 1963 ascenderá a \$ 750.000 y, de los presupuestos señalados, alrededor del 65 % se utiliza en operaciones de rociado, el 22 % en evaluación epidemiológica y el 13 % en administración, constituyendo las operaciones de rociado el trabajo fundamental, pues con dicho método se espera interrumpir la transmisión de la enfermedad. Informa que a los cambios introducidos últimamente hay que añadir que se ha duplicado el personal, y el promedio de casas rociadas ha pasado de 6,7 por rociador-día, usándose dieldrin, a 8,18 con DDT, en junio de 1962. La medición de los resultados obtenidos en la campaña se ha efectuado por medio de los procedimientos clásicos, en los cuales intervienen, además del personal de evaluación del SNEM, los servicios médicos del país y los colaboradores voluntarios. La participación de cada grupo en las 125.128 muestras de sangre tomadas en el período de julio de 1961 a junio de 1962 y los casos de malaria descubiertos en el mismo período fue la siguiente: El personal del Servicio de Erradicación obtuvo el 49 % de muestras y descubrió el 39 % de los casos, proporción que fue del 37 % tanto de muestras como de casos por lo que se refiere a los servicios médicos y del 14 y 24 %, respectivamente, en el caso de los colaboradores voluntarios.

Añade que la situación epidemiológica existente en el país durante los últimos años, en lo que a malaria se refiere, revela que los casos positivos han pasado del 11 % en 1957 al 2,3 % en 1962, con 80 % de *Plasmodium vivax* y 20 % de *P. falciparum*, sin que hubiera casos de *P. malariae*, registrándose a través de los años un moderado descenso en el número de casos, lo que puede considerarse como índice de que la situación seguirá mejorando progresivamente; y añade que, a fin de que el ritmo

sea más acelerado, se han introducido en el programa las modificaciones señaladas.

Afirma que se ha dado cumplimiento al programa de administración de drogas antimaláricas, de acuerdo con las recomendaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana, y dice que el Gobierno de Panamá desea fervientemente poder presentar a corto plazo, a medida que avance el nuevo programa, resultados favorables por lo que se refiere a la erradicación de esta enfermedad. Termina expresando el agradecimiento de su Gobierno a la OSP y al UNICEF por su eficaz ayuda.

#### *Informe de la Delegación del Reino de los Países Bajos*

El Dr. VAN DER KUYP (Reino de los Países Bajos) indica que, si bien la malaria no constituye problema alguno en las Antillas Neerlandesas, el historial malárico de Surinam es malo, y añade que el 85 % de la población vive en la zona costera y ha sufrido en el pasado infecciones debidas a *P. vivax* y, en menor grado, a *P. falciparum*, en epidemias desastrosas ocurridas en zonas de ordinario no maláricas; mientras que el interior sufrió gravemente a causa del *P. falciparum*, que hizo emigrar incluso a las tribus indias. La malaria ha constituido un obstáculo importante en el desarrollo del país.

El Gobierno de Surinam acogió con satisfacción la colaboración ofrecida por la OSP/OMS y el UNICEF en materia de erradicación de la malaria, iniciándose una campaña que cuenta con ocho funcionarios de la OSP/OMS y 170 trabajadores locales. La fase de ataque comenzó en mayo de 1958. También se incluyó en el programa un curso de adiestramiento.

Los progresos logrados han sido satisfactorios en la zona costera, y alrededor del 80 % de la población total vive actualmente en áreas en que la transmisión de la malaria no existe o no ha sido descubierta. Desde enero de 1961, la zona metropolitana de la capital, que tiene el 38 % de la población del país, se encuentra en la fase de mantenimiento; siete áreas, que comprenden el 42 % de la población, están en la fase de consolidación, y varios distritos de la zona en la fase de vigilancia. Las áreas situadas a lo largo de las principales rutas hacia el interior, en las que vive el 20 % de

la población, continúan en la fase de ataque como medida preventiva contra la reinfección.

Los principales problemas que se han encontrado en el interior son los relativos a personal, medios de transporte, baja densidad de población acompañada de nomadismo y resistencia psicológica a las medidas de erradicación. En el este del país se realizará una labor conjunta para resolver estos problemas mediante la coordinación de programas de control con la Guayana Francesa. Ha habido un interesante contraste entre la construcción de un ferrocarril a principios de siglo, seriamente obstaculizada por morbilidad y mortalidad debidas a la malaria, y la instalación de una central hidroeléctrica que está realizándose en el mismo distrito del interior. El control de la malaria ha asegurado la supresión completa de los efectos de la enfermedad y, por consiguiente, de su interferencia en dichos trabajos.

#### *Informe de la Delegación de El Salvador*

El Dr. AGUILAR (El Salvador) señala que de los 21.000 Km<sup>2</sup> del área total de su país, el 90 % es palúdica, y que de cada 10 habitantes, uno padece de paludismo, lo que ocasiona una pérdida aproximada de \$ 10.000.000.

Agrega que, aunque siempre han existido programas para la erradicación del paludismo, en realidad la campaña contra esta enfermedad se inició a partir de 1956, pero en 1957 se comprobó que el diel-drín más bien parecía un alimento para el anofeles que un enemigo, por lo que se comenzó a utilizar el DDT, encontrándose asimismo resistencia para este insecticida en algunas zonas costeras. Además, es difícil evitar la contaminación, dado el carácter nómada de gran número de trabajadores. A pesar de estos problemas, ha disminuido la mortalidad, puesto que mientras hace 15 años morían aproximadamente 3.000 personas atacadas de paludismo, en 1950 sólo fallecieron 1.500 y en 1962 únicamente 400. En cuanto al índice de positividad, en 1959 era de un 22 % y en el último semestre de 1961, de 8,5 %, al cambiar el diel-drín por el DDT.

Informa que en El Salvador hay 636 colaboradores en la campaña de erradicación del paludismo, quienes producen el 75 % de las 120.000 muestras de sangre, lo que representa un ahorro muy considerable para el país. Pone de relieve asimismo la

ayuda que la Oficina Sanitaria Panamericana y el UNICEF han prestado a su país.

El orador subraya que los estudios realizados demuestran que el DDT es más efectivo que el diel-drín y que la hembra anofeles generalmente pica fuera de las casas, por la noche, lo que significa un cambio de técnica que implica mayores costos.

Finalmente el Dr. Aguilar manifiesta que en su país se emplean ahora nuevos insecticidas, como el malatión, investigándose en la actualidad métodos de tratamiento para que puedan ser aplicados en masa a la población rural flotante; también se estudian métodos de lucha antilarvaria, así como el costo de la misma.

#### *Informe de la Delegación de Cuba*

El Dr. MARTÍNEZ JUNCO (Cuba) manifiesta que su Delegación ha distribuido un folleto en el cual figuran todas las actividades desarrolladas en la lucha por la erradicación del paludismo en su país y que sólo señalará en su informe algunos puntos de interés.

En primer lugar, hace mención de algunas de las actividades epidemiológicas que comenzaron en el mes de mayo de 1959 y cuyos resultados permitieron precisar la zona malárica en Cuba, que quedó limitada a la provincia de Oriente y al barrio Alvaro Reinoso del municipio de Nuevitas de la provincia limítrofe de Camagüey. Las cifras que se obtuvieron durante 1959 fueron pobres y de valor relativo. El alto porcentaje de positividad de 9,4 % está influido por el progreso en la notificación de casos por los servicios hospitalarios. En 1960 se obtuvieron 24.608 láminas con 1.290 positivas (5,2 %); y en 1961 se consiguieron 91.181 láminas con 2.230 positivas (3,5 %). Estas cifras representan la notificación activa y pasiva. Si se examinan ambas notificaciones por separado se verá que la notificación pasiva alcanzó 72.109 láminas con 3.199 positivas (4,4 %), mientras que la notificación activa se elevó a 19.078 con 31 positivas (0,16 %). Subraya que es elocuente la diferencia amplísima que existe entre los dos porcentajes de positividad.

El Dr. Martínez Junco señala que, del examen de la notificación por provincias en los años en que se ha venido trabajando, se observa que la de Oriente alcanzó 25,9 % de positividad en 1959, 13,0 % en 1960, 12,2 % en 1961 y 10,0 % en 1962, lo que



demuestra la alta positividad del área endémica del país en contraste con las cinco provincias restantes. Hace observar también que la proporción de infecciones por *P. falciparum* fue de 9,0 % en 1959, de 15,3 % en 1960, de 4,0 % en 1961 y 0,9 % en 1962, lo que indica que a partir de 1960, en que se inició la notificación en forma regular con la administración de drogas, y aún más en 1962, en que se ha iniciado el rociamiento del área endémica, las infecciones por *P. falciparum* han descendido en forma alentadora. La campaña se encuentra en la etapa de rociamiento, habiendo terminado el primer ciclo.

Añade que el rociamiento se organizó dividiendo la provincia de Oriente en 15 sectores, contándose con el siguiente personal: un ingeniero jefe, cuatro ayudantes de ingeniero, 15 jefes de sector, 71 jefes de brigada y 360 rociadores, es decir, un total de 451.

Con dicho personal se formaron 38 brigadas motorizadas, 25 montadas y 8 a pie. Cada brigada se compone de un jefe y de 4 ó 5 rociadores. Se ha usado DDT a razón de 1 g por m<sup>2</sup> de superficie y los resultados obtenidos han sido los siguientes: total de casas a rociar, 391.155; número de casas rociadas, 225.387; número de casas renuentes, 385; promedio de casas por brigada-día, 45; promedio de casas por rociador-día, 9,4, y gramos de DDT por casa, 216,6.

Estima que la facilidad de comunicaciones creada por nuevas carreteras y caminos, es posible que acorte el plazo que se fijó para la fase de ataque de la campaña.

Termina expresando que el Gobierno de Cuba se siente satisfecho por el asesoramiento que ha prestado la Oficina en el desarrollo de la campaña llevada a cabo en el país, y felicita, por último, al Dr. da Silva por el informe tan completo que ha presentado.

#### *Informe de la Delegación del Ecuador*

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) manifiesta que en 1949, inspirado por los éxitos obtenidos en diversos países, especialmente en los Estados Unidos de América y en Venezuela, por la aplicación de los nuevos métodos de lucha contra el paludismo, el Ecuador organizó su campaña de erradicación, pudiendo presentar su primer informe en la XIII Conferencia

Sanitaria Panamericana, que se reunió en la República Dominicana en 1950, informe que fue acogido con elogios por el Asesor en Malaria de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Carlos A. Alvarado, quien destacó el hecho de que en tal documento aparecía por vez primera el término "erradicación" como objetivo de la campaña antipalúdica. Recuerda que en dicha Conferencia, y a propuesta del Ecuador, se aprobó una resolución recomendando a la Oficina que estimulase, coordinase y auspiciase en todo el Continente programas semejantes al ya iniciado en el Ecuador. Dicha resolución no pudo cumplirse de inmediato y fue renovada en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en Santiago de Chile en 1954, a partir de la cual se dio verdadero impulso a la organización en las Américas de las campañas de erradicación del paludismo.

Señala que México fue el primero en alistarse en la nueva cruzada y, bajo los auspicios de la Oficina, organizó una magnífica campaña, siguiéndole en tal iniciativa todos los países del Continente, pudiendo considerarse ya que la erradicación del paludismo será un hecho.

Indica que el ulterior desarrollo de la campaña en el Ecuador, no fue ya tan satisfactorio, quizá porque el éxito de los primeros resultados hicieron pensar a algunos gobernantes que los gastos que implicaba la lucha contra el paludismo no requerían ya la prioridad que se les asignó inicialmente. En consecuencia, en 1956 hubo que solicitar la ayuda técnica y económica de los organismos internacionales.

Añade el Dr. Montalván que pronto aparecieron dificultades de orden administrativo y otras de carácter biológico, especialmente la resistencia que ofrecía el anofeles al dieldrín, teniendo que emplearse DDT, lo que rebasaba las posibilidades económicas del país, por lo que hubo de solicitarse la ayuda de la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos de América, la que, al otorgarla, asumió toda la administración del programa. Informa que la campaña sigue cumpliendo los planes de rociamiento con toda exactitud.

Comentando algunos de los puntos del informe presentado por la Oficina, manifiesta que el empleo de la sal cloroquinada le ha interesado mucho, ya que muchos países confiaron en el resultado del ensayo que en gran escala se estaba realizando en

el Brasil, con el objeto de prevenir la enfermedad en aquellas zonas en que el rociamiento era difícil, pero se ha observado que el éxito no ha sido tan grande como se esperaba.

Expresa su satisfacción por los ensayos que se están haciendo relacionados con la distribución ordinaria de medicamentos, procedimiento de lucha que cree esté llamado a solucionar en gran parte los problemas que plantea la resistencia del anofeles a los insecticidas y la transmisión extradomiciliar de la enfermedad, en especial entre trabajadores que se desplazan de unos a otros lugares dentro de cada país, y, finalmente, destaca la importancia que revisten los estudios epidemiológicos.

#### *Informe de la Delegación de Jamaica*

El Dr. PEAT (Jamaica) felicita al Dr. da Silva por el informe tan completo e instructivo que ha presentado y expresa asimismo su reconocimiento por las interesantes e informativas intervenciones del Dr. Gabaldon, de Venezuela y los demás Representantes de los países que participan en la Conferencia.

Como el Dr. da Silva indicó en la sesión anterior, Jamaica ha dado comienzo a la fase de consolidación de la erradicación de la malaria, habiendo cesado todos los rociamientos en enero de 1962. Aunque se han examinado más de 23.000 muestras de sangre cada mes, en una población de más de 1.000.000 de habitantes sometida a vigilancia, no se ha hallado una sola lámina positiva desde octubre de 1961.

De las cuatro especies de anofeles existentes en Jamaica, tan sólo una se considera que transmite la malaria. Por fortuna, ninguno de los graves problemas notificados por otros países han surgido en Jamaica, salvo la resistencia al dieldrín descubierta al principio de las actividades de rociamiento en 1958. Gracias a ese descubrimiento tan oportuno se pudieron cambiar las técnicas y métodos de rociamiento, sin que ello afectara en gran medida al ritmo y progreso del programa. Por consiguiente, Jamaica abriga la esperanza de lograr la erradicación, tras el necesario período de vigilancia.

Para terminar, el Dr. Peat agradece a la OPS, al UNICEF y a la AID la asistencia que vienen prestando a dicho programa.

#### *Informe de la Delegación de Haití*

El Dr. DELVA (Haití) expresa su felicitación al Dr. da Silva por el informe que ha presentado. En él se señalan las dificultades de orden administrativo que pueden obstruir el desarrollo del programa, aspecto que interesa mucho a Haití, país que se vio obligado, por razones económicas, a suspender dicho programa en 1958, reanudándolo en 1960 y nuevamente amenazado de ser interrumpido hace apenas dos meses, lo que hubiera constituido una decepción para la Oficina Sanitaria Panamericana, para el UNICEF y para el Gobierno de Haití.

Seguidamente somete a consideración de la Conferencia un proyecto de resolución sobre este tema, que dice así:

#### La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el X Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento CSP16/20);

Teniendo en cuenta los progresos alcanzados gracias a los esfuerzos coordinados de los Gobiernos y de las organizaciones internacionales y bilaterales que cooperan en la campaña;

Teniendo en cuenta los problemas de orden técnico que subsisten en algunas áreas y las investigaciones que se realizan para superarlos; y

Teniendo en cuenta las dificultades económicas existentes en algunas campañas, lo que provoca costosos retrasos en el desarrollo de las mismas,

#### RESUELVE:

1. Expresar su profundo reconocimiento por la ayuda prestada por el UNICEF y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) del Gobierno de los Estados Unidos de América para la ejecución del programa continental de erradicación de la malaria y reiterar su deseo de que esta cooperación continúe, y si es posible se intensifique, hasta que se logre la erradicación de la malaria en las Américas.

2. Testimoniar su satisfacción por el programa de investigaciones que realizan algunos Gobiernos, con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana, con miras a solucionar problemas técnicos que impiden la interrupción de la transmisión de la malaria en ciertas áreas.

3. Reiterar a los Gobiernos la urgente necesidad de erradicar la malaria proporcionando a las campañas los recursos económicos indispensables para alcanzar tal objetivo.

El PRESIDENTE informa que el proyecto de resolución presentado por el Representante de Haití se someterá a la consideración del pleno de la Conferencia.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 172

*El Dr. James Watt (Estados Unidos de América) pasa a ocupar la Presidencia.*

El Dr. DA SILVA (Jefe, Departamento de Erradicación de la Malaria, OSP) manifiesta su agradecimiento a los Representantes por los comentarios elogiosos que han formulado en relación con el programa y asegura que las recomendaciones y sugerencias hechas en el curso del debate serán tenidas en cuenta por la Oficina.

*Declaración del Representante de Venezuela*

El Dr. GABALDON (Venezuela) manifiesta que en algunos comentarios sobre el tema de la malaria se han mencionado fechas significativas para el desarrollo del programa de erradicación de esta enfermedad en las Américas. Recuerda, a este respecto, el papel que ha jugado en ese campo la labor llevada a cabo en Venezuela, pues, si se hace referencia solamente a la campaña de erradicación de la malaria que se ha desarrollado bajo los auspicios de los organismos sanitarios internacionales, se olvida a aquellos países que trabajaron sin tal auxilio.

Dice que, en 1945, Venezuela empezó una campaña contra la malaria, en escala nacional, de rociamiento de casas, y que esa fecha es considerada hoy como el comienzo de una acción que condujo a la erradicación de dicha enfermedad, ocupando por ello Venezuela el primer puesto. Asimismo, en 1948, durante el Congreso Internacional de Medicina Tropical y Malaria, celebrado en Washington, se dedicó una sesión especial, fuera de las actividades del Congreso, a este problema, en la que el orador informó sobre la labor de Venezuela en ese campo, aunque, desgraciadamente, no figuran en la Memoria del Congreso las actas de dicha sesión. A pesar de ello, su intervención suscitó interés y, como consecuencia, recibió una invitación para dictar una conferencia en la Sociedad Real de Medicina Tropical e Higiene de Londres, conferencia que fue leída en una sesión que dicha institución celebró en junio de 1949, la cual ha sido recogida en la publicación de la misma sociedad.<sup>1</sup> En tal confe-

rencia hizo la afirmación siguiente: "La meta es la erradicación total de la malaria en Venezuela por medio del rociamiento con DDT de todas las casas, aun las de las zonas en donde estén más esparcidas".

Agrega que, en 1950, la Sociedad Nacional de Malaria de los Estados Unidos de América constituyó un Comité para definir lo que debía entenderse por erradicación de la malaria, teniendo el honor de ser el único miembro extranjero de ese Comité, el cual puntualizó que se consideraría erradicada la malaria cuando, después de tres años, no hubiera habido más casos autóctonos en un área dada.

Manifiesta que, en 1954, el Dr. Arturo Luis Berti, Jefe de la entonces División de Malariología de Venezuela, y el orador, publicaron un trabajo<sup>2</sup> en el cual presentaron el área más grande de malaria erradicada de los trópicos, habiendo sido leído dicho trabajo en borrador por el Dr. Fred L. Soper, antes de su publicación, quien estaba muy interesado en el progreso de la campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en Venezuela. El Dr. Gabaldon le informó que si bien en ese campo no estaban muy avanzados, en cambio habían progresado en el de erradicación de la malaria. El Dr. Soper le expresó sus dudas al respecto, pero después de leer el trabajo declaró que era el primero en convencerse de ello.

Agrega que dicho trabajo fue publicado antes de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Santiago, en la que se adoptó la segunda resolución sobre erradicación de la malaria en las Américas, que fue el punto de partida del desarrollo del movimiento antimalárico que se viene registrando en este Continente; y el año siguiente, en la Octava Asamblea Mundial de la Salud en 1955, se adoptó una resolución similar. Termina diciendo que hay que tener en cuenta esas fechas significativas.

*Informe de la Delegación de Honduras*

El Dr. JAVIER (Honduras) expresa que no es su propósito presentar un informe sobre la erradica-

<sup>1</sup> "The Nation-Wide Campaign against Malaria in Venezuela". *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, Vol. 43, 1949-1950. Págs. 113-159.

<sup>2</sup> "The First Large Area in the Tropical Zone to Report Malaria Eradication: North-Central Venezuela". *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, Vol. 3, 1954. Págs. 793-807.

ción de la malaria en su país, sino referir un hecho que puede ser muy útil para quienes se ocupan de localizar los parásitos. Dice que el Dr. García Sánchez, Representante de México, ha aludido a factores epidemiológicos y ha puesto de relieve la necesidad de utilizar epidemiólogos en la investigación de la incidencia malárica, lo que le induce a referir lo siguiente: en Tegucigalpa falleció una niña de cuatro años de edad, procedente de una zona malárica del país, que padecía un estado grave de caquexia profunda y hepatoesplenomegalia. Se le practicaron exploraciones exhaustivas del plasmodio del hematozoario, e incluso se le hicieron tratamientos de pruebas y finalmente la niña murió, y al serle efectuada la autopsia, se encontró gran cantidad de hematozoarios en el bazo y en la médula ósea, por lo que el Representante de Honduras estima que convendría tener en cuenta la posibilidad de que existan en el organismo reservorios ocultos de parásitos.

#### *Intervención del Representante de México*

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México) expresa el reconocimiento de México a la labor extraordinaria de los malariólogos de Venezuela, a la cabeza de los cuales se encuentra el Dr. Gabaldon. Agrega que México le rindió honor especial precisamente por los trabajos de erradicación que efectuó antes de iniciarse las actuales campañas, por lo que le otorgó recientemente la medalla "Eduardo Liceaga"; y para evitar cualquier interpretación errónea, desea hacer constar que la Delegación de México ha considerado siempre a Venezuela como uno de los países más adelantados en materia de malariología.

#### *Intervención del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana*

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que quizá por no ser malariólogo está en mejores condiciones para recoger una impresión de conjunto del debate que acaba de desarrollarse. Expresa su optimismo porque, a pesar de las dificultades que se han enunciado, es de todos modos interesante destacar las cifras de El Salvador, reveladoras sin

duda de que la erradicación del paludismo en las Américas es posible y va a realizarse. Añade que, con la prudencia peculiar de un cuerpo colegiado de tan alto nivel, no se ha mencionado en qué período se logrará la erradicación, pero la Oficina considera conveniente subrayar que en el ánimo de los Gobiernos existe el firme propósito de llevar a su término una empresa de tanta significación para la sociedad y para el futuro del Continente. Agrega que, en el orden práctico, cabe señalar que la metodología de la erradicación de la malaria es tan compleja que implica una serie de disciplinas que van más allá de la pura medicina y de la salud pública, para invadir campos de la sociología. Basta advertir a este respecto lo que ocurre en la Guayana Británica y en otras regiones similares de las Américas.

Declara, por tanto, que ha llegado el momento de intensificar los estudios epidemiológicos, como ha apuntado el Representante de México, pero no referidos a una epidemiología elemental, sino muy genuina. Agrega que, en ese sentido, la OSP está investigando qué clase de disposiciones deben adoptarse en este campo de la enseñanza médica, aunque hay que reconocer que es muy grande la escasez de epidemiólogos en malaria, no sólo en las Américas sino en el mundo entero, por lo que debe darse oportunidad para la formación de expertos en tal especialidad, con la valiosa cooperación de países como Venezuela, Brasil, México y Estados Unidos de América. Ello será cada día más necesario, en la medida en que los insecticidas resuelvan los problemas simples de la malaria.

Reitera la proposición formulada en la última reunión del Comité de Expertos en el sentido de que se acentúe la coordinación de los programas de erradicación con los servicios habituales de salud, principalmente en la fase de consolidación y mantenimiento.

Por lo que respecta a la OSP, el Dr. Horwitz informa que se contratarán los servicios de un experto para organizar el año próximo los dos seminarios indispensables, en los que administradores y malariólogos especializados analicen prácticamente la forma de realizar esta coordinación, invirtiéndose después los fondos necesarios para colaborar con los Gobiernos que lo necesiten, de manera que en cada país sea una realidad dicha coordinación. Finalmen-

te declara que la Oficina continuará colaborando en esta empresa hasta su término.

*Se suspende la sesión a las 10 h. 35 m.  
y se reanuda a las 10 h. 55 m.*

### **Tema 3.10: Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria**

El Dr. DA SILVA (Jefe, Departamento de Erradicación de la Malaria, OSP) manifiesta que el año pasado, el Director de la Oficina sometió a la consideración del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud un documento sobre el cálculo de los requerimientos del Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria,<sup>1</sup> que figura como anexo al Documento CSP16/25,<sup>2</sup> presentado a la Conferencia. Añade que con los recursos de dicho Fondo, la Oficina tiende a aumentar la asistencia en equipo y material, sobre todo para el tratamiento de casos de malaria y para la campaña de profilaxis, en las zonas donde subsiste el problema de la persistencia de la transmisión.

Recuerda que la Oficina ha previsto una inversión para 1963, con cargo a dicho Fondo, de \$ 3.249.137, según aparece en el *Documento Oficial No. 40*.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) felicita al Dr. da Silva por su informe tan completo y excelente sobre el estado de la erradicación de la malaria, que pone de relieve los progresos alcanzados. Ahora bien, considera prudente que se tenga en cuenta el hecho de que va aproximándose la fase más difícil del programa de erradicación de la malaria, y por tanto, en estos momentos no hay que reducir, en modo alguno, los esfuerzos en ese sentido.

En nombre de la Delegación de los Estados Unidos de América, anuncia que el Gobierno de su país contribuirá, sujeta a la asignación por el Congreso, con una aportación de \$ 2.000.000 en el año fiscal de 1963, para el programa de erradicación de la malaria. Añade que, sin embargo, no puede indicar aportación específica alguna para 1964. Esta dependerá de nuevos estudios técnicos y de cálculos más precisos en cuanto al futuro financiamiento de la campaña antimalárica en las Américas.

El Dr. ROMERO ALVERGUE (El Salvador) se refiere a la situación que prevalece en su país desde 1957, cuando la campaña para la erradicación tropizó con la resistencia del único vector, el *A. albimanus*, primero contra el dieldrín y después contra el DDT.

Agrega que el Gobierno de su país ha realizado toda clase de esfuerzos para vencer dicha resistencia y para suministrar medicamentos a una población de 80.000 personas que se traslada anualmente en busca de trabajo desde zonas casi limpias de paludismo a otras en que persiste el problema.

Afirma que su Gobierno seguirá luchando contra la malaria, aunque con las mismas aportaciones financieras, ya que no le es posible aumentarlas, viéndose obligado, muy a su pesar, a aplazar el fortalecimiento de los servicios locales existentes y la expansión de éstos a otras zonas que aún no los tienen. Insiste en que, con todo, habrá recursos económicos suficientes para controlar la transmisión del paludismo en el área del país que todavía constituye un problema, ya que la sola aplicación del DDT de acción residual no lo resolverá, siendo necesarios recursos económicos adicionales para el tratamiento colectivo de la población o la lucha antilarvaria.

El orador señala que el paludismo en El Salvador es un problema para todo el área geográfica del istmo centroamericano. Añade que, posiblemente, Guatemala, Honduras y Nicaragua erradicarán dicha enfermedad en un futuro cercano, pero que el vector estará presente en esos países y que precisamente de El Salvador les podrán llegar los portadores de ella. A su juicio, el problema del paludismo en Centro América debe atacarse a base de una acción regional, teniendo en cuenta que esta parte del Continente es el puente de comunicación de América del Norte con la del Sur.

Subraya finalmente que es preciso lograr un financiamiento internacional adecuado, pero con flexibilidad que permita transferir los fondos disponibles de un país a otro, de acuerdo con las necesidades técnicas del momento. Termina diciendo que este aspecto del problema debe ser estudiado por los organismos internacionales y por los países que proporcionan recursos al Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria.

El Dr. QUMÓS (Perú) felicita al personal que trabaja en el programa de erradicación de la ma-

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 358-381.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 43, Anexo 3.

laria y expresa su conformidad con el documento presentado a la consideración de la Conferencia.

*Proyecto de resolución propuesto por la Delegación de El Salvador*

El Dr. ROMERO ALVERGUE (El Salvador) propone que se recomiende a la Conferencia la adopción del siguiente proyecto de resolución:

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el Documento CSP16,25 sobre el cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria;

Teniendo en cuenta que la erradicación de la malaria constituye un factor positivo indispensable para el desarrollo económico y social de extensas áreas de la América Latina, principalmente en el sector de la producción agrícola;

Teniendo en cuenta los objetivos que han sido fijados para la próxima década, en el Título Primero de la Carta de Punta del Este, y las medidas de acción inmediata indicadas en la Resolución A.2 de la misma Carta;

Teniendo en cuenta la necesidad de acometer un mayor esfuerzo económico para erradicar la malaria de ciertas áreas en que la sola aplicación intradomiciliaria de insecticidas de acción residual no es suficiente para interrumpir la transmisión; y

Teniendo en cuenta que la América Central y Panamá forman una región geográfica bien definida y que la persistencia de la transmisión de la malaria en cualquiera de sus países pone en peligro inmediato las áreas de malaria erradicada de otros,

RESUELVE:

1. Tomar nota de las cantidades que se consideran necesarias para el Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria en 1963.

2. Reiterar a los Gobiernos que aporten contribuciones al citado Fondo Especial.

3. Recomendar a los Países de la Organización que incluyan, con la prioridad que merece, la campaña de erradicación de la malaria en los programas de desarrollo económico y social de la Alianza para el Progreso.

4. Recomendar que la asistencia internacional prestada a las campañas de erradicación en el istmo centroamericano tenga suficiente flexibilidad para permitir la transferencia de recursos económicos y materiales de un país a otro de acuerdo con las necesidades técnicas del momento.

El Dr. CASTILLO (Venezuela) indica que la Delegación de su país está de acuerdo con el proyecto de resolución y propone que se agregue un párrafo en el que se declare el agradecimiento de la Conferencia por el generoso donativo de \$ 2.000.000,

hecho por el Gobierno de los Estados Unidos de América para la campaña en 1963, así como también por la promesa de continuar su aportación a esta campaña en los años sucesivos.

*Decisión:* Se acuerda encargar al Relator de la Comisión I que prepare un proyecto de resolución recogiendo los puntos de vista expuestos en el curso del debate.<sup>1</sup>

**Tema 2.11: Planes nacionales de salud**

El Dr. DURÁN (Jefe, Oficina de Planificación, OSP) dice que el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su XIII Reunión, resolvió encomendar a la Oficina Sanitaria Panamericana que acentuara sus esfuerzos de coordinación internacional y de asesoramiento a los países en los planes nacionales de salud.<sup>2</sup> En virtud de este mandato, el Director de la Oficina ha presentado a la Conferencia un resumen de las actividades desarrolladas en este aspecto por la Oficina Sanitaria Panamericana. Subraya que 1961 y 1962 han constituido un período de intensa actividad de planificación de salud, como consecuencia de los acuerdos internacionales adoptados en el Acta de Bogotá y la Carta de Punta del Este, en virtud de los cuales se reconoce la importancia de la salud en el desarrollo económico y social, y la necesidad de que sea debidamente considerada en los planes globales de desarrollo económico y social. Por ello, teniendo en cuenta el mandato específico que se asignó a la Oficina Sanitaria Panamericana, en el sentido de que prestara asesoramiento técnico a los países en la elaboración de los planes nacionales de salud, siempre que los Gobiernos lo solicitaran, se han desarrollado en este período diversas actividades.

En primer lugar se procedió a crear una Oficina de Planificación en la Sede. Hace notar a este respecto, que en materia de planificación de salud se carece tanto de experiencia como de técnicos suficientemente preparados.

Informa que en febrero del presente año, la Organización convocó a un grupo de expertos, con el objeto de que examinaran la situación actual en materia de planificación a fin de formular bases metodológicas y recomendaciones para que la Ofi-

<sup>1</sup> Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 173.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 19-20.

cina pudiera prestar dicho asesoramiento a los Gobiernos.

El orador señala que, al iniciar sus actividades, la Oficina de Planificación se dedicó a elaborar una guía para orientar a los países en la formulación de planes nacionales de salud, guía que fue revisada por el grupo asesor. Añade que la Oficina Sanitaria Panamericana se puso de acuerdo con la Universidad Central de Venezuela para elaborar un manual de metodología, que ya está siendo utilizado en el curso para formación de planificadores y para los propios planes en los Estados de dicho país.

Subraya que la Oficina presta la debida atención a la necesidad de que los planes nacionales de salud formen parte de los planes integrales de desarrollo económico y social. La Oficina está ya prestando asesoramiento a varios países—particularmente a la República Dominicana—en la elaboración de su plan nacional de salud. Por medio de la Oficina de Planificación, la OSP ha realizado diversas actividades coordinadas con las de los organismos internacionales relacionadas con el desarrollo económico y social del Continente, y ha participado en comisiones tripartitas, —formadas por la CEPAL, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Organización de los Estados Americanos—contribuyendo de esta manera a que los planes de salud se integren en los del desarrollo económico y social.

Expresa que una de las preocupaciones más importantes de la Oficina ha consistido en la formación de planificadores, y que cabe señalar al respecto la solicitud del Gobierno de Venezuela para desarrollar el primer curso de formación de técnicos en planificación, en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Con este grupo inicial de 13 planificadores se habrá obtenido la primera experiencia docente en este terreno, pues en dicho curso habrá posibilidad de aplicar con bases más firmes la metodología que está siendo elaborada por el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela.

El Dr. Durán indica que el 1 de octubre del presente año, y en cumplimiento de un acuerdo concertado con el recientemente creado Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, se iniciará un curso de carácter internacional en la sede del Instituto en Santiago de Chile, con una duración de tres meses, al que enviarán par-

ticipantes cada uno de los países de la América Latina. Este curso se dedicará, en primer lugar, a proporcionar nociones generales sobre economía, desarrollo económico y social, y programación económica, y luego a revisar las bases metodológicas de la planificación de la salud, con prácticas sobre el terreno.

Termina anunciando que la Oficina ha hecho gestiones con la Universidad Johns Hopkins y la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos de América, para celebrar el próximo año un curso de planificadores de salud, al cual asistirán principalmente funcionarios de los países de habla inglesa del Continente y de la propia Oficina Sanitaria Panamericana.

El Dr. BRAVO (Chile) dice que ha oído con agrado la exposición del Dr. Durán sobre las actividades de planificación de la OSP, pues considera que la orientación que se marca, en el sentido de integrar los planes de salud en los planes generales de desarrollo económico y social, resultará muy útil para todos los países de América Latina.

Añade que el primer éxito ha consistido en que los planificadores de salud pública han logrado hacerse escuchar por los grupos de planificadores de la economía en general, pues hasta hace poco, al menos en su país, eran ignorados. Este trabajo en común con ingenieros, economistas, estadísticos, etc., los coloca, además, frente a una serie de responsabilidades que en la práctica se van sopesando.

Hace observar que los economistas, sobre todo en el campo industrial, suelen hablar un idioma muy objetivo y reforzar con cifras y datos estadísticos sus exposiciones, lo que hace que algunos de los conceptos que exponen resulten difíciles de entender para los técnicos en salud. Añade que esa falta de entendimiento proviene principalmente, al menos en su experiencia, de defectos en la captación de datos estadísticos, y por ello desea insistir en que, además de estimular el planeamiento, se fomente la participación de los organismos de salud en la planificación económica y social.

Respecto a la necesidad de racionalizar los servicios, señala el orador el ejemplo clásico del número de días de hospitalización, recordando que, frecuentemente, los trabajadores de salud piden más camas de hospital, sin tener en cuenta que antes de pedir las es absolutamente necesario hacer buen uso de las que se tienen actualmente y lograr

que las disponibles se utilicen al máximo. Dice, además, que los planes tienen que ser realistas y ajustarse a las posibilidades efectivas de financiamiento. Estima por ello plausible el esfuerzo que realiza la Oficina para formar técnicos de planificación en salud.

El Dr. Bravo añade que, a su juicio, planeamiento y evaluación son dos términos estrechamente relacionados, pues no se puede planear metas a largo plazo y dejar que esos planes permanezcan estáticos, ya que la planificación requiere una evaluación periódica, constante y organizada que a veces determina la necesidad de modificar los planes iniciales, a medida que los resultados van indicando a dónde debe dirigirse la actividad. Termina felicitando una vez más a la Oficina por sus iniciativas y hace votos porque éstas continúen y se amplíen constantemente.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) manifiesta que muy pronto hará 15 años que su país goza de los beneficios de la planificación. Los acontecimientos desarrollados en el mundo en el período de 1939 a 1945 colocaron a Francia en la necesidad de trazar un plan general, que no se limitó solamente a aspectos nacionales económicos y sociales, sino que abarcó a todas las actividades de la nación. Añade que ese plan fue establecido, desde el principio, a nivel gubernamental, participando en su ejecución todos los ministerios y dependencias de la administración pública, atribuyéndose en él un importante papel a la información, ya que para hacer un plan es menester, en primer lugar, disponer de información, conocer las necesidades nacionales, saber cuáles son los recursos con que se puede contar y las cooperaciones que se pueden obtener.

Señala que son igualmente indispensables las estadísticas, por lo que Francia ha desarrollado de manera considerable los correspondientes servicios que permiten proporcionar a los ministerios, a todas las dependencias oficiales, así como a los diferentes organismos sociales y económicos, los datos necesarios para que conozcan la situación en cada momento.

Indica que el primer plan abarcó el período de 1946-1950. Seguidamente se han trazado dos o tres planes sucesivos y en el mes de julio último se ha establecido un nuevo plan en el que se fijan, con conocimiento exacto de la situación, los objetivos que conviene alcanzar, teniendo en cuenta las cir-

cunstancias que pueden sobrevenir tanto en el orden económico como en el social en un país cuya población se encuentra en plena expansión. El plan precisa los objetivos tanto en el sector público como en el privado.

El Dr. Hyronimus hace constar que, en dicho plan, la salud ocupa un lugar importante. Al iniciarse la planificación en el país, fue necesario reconstruir, ya que Francia había experimentado grandes destrucciones a consecuencia de la guerra. En el campo de la salud se procedió a reconstruir los servicios hospitalarios y los dispensarios y a fortalecer todos los centros de prevención de las enfermedades. En la actualidad, a medida que se mejoran los sistemas de hospitalización y se desarrollan los organismos de investigación, el plan tiende a perfeccionar los métodos de enseñanza y a establecer una relación más amplia, en el aspecto médico, entre los hospitales y las universidades, habiéndose creado centros hospitalarios y universitarios a través de los cuales se ha vinculado la enseñanza con los servicios preventivos.

Manifiesta que, en general, Francia tiende a tener informada cada vez con mayor amplitud a la opinión sobre los proyectos que pueden llevarse a cabo en todos los aspectos del desarrollo nacional, de manera que tanto el Parlamento, como los Consejos Generales de Departamento y los municipales saben qué concurso pueden prestar y cuál es el que pueden recibir, y la iniciativa privada sabe asimismo con exactitud en qué rama de la actividad puede orientar su esfuerzo.

Afirma que, a su juicio, estos planes son absolutamente necesarios para el desarrollo económico de un país moderno y expresa su convencimiento de que Francia ha llegado a alcanzar una etapa de evolución democrática y social que hace que la planificación sea indispensable, formando parte de ella los programas de salud.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) pone de relieve el interés de su país por el tema, señalando que uno de sus técnicos en salud formó parte del Comité de asesores en planificación a que convocó la Oficina en febrero de este año, y asimismo fue su país de los primeros en solicitar de la Oficina la organización de un curso de planificadores. Añade que con la cooperación que generosamente prestó la OSP y con las aportaciones que se obtuvieron de la Oficina Central de Coordinación y Planificación,



adscrita a la Presidencia de la República, y del propio Ministerio de Sanidad, se organizó el curso que en la actualidad lleva a cabo el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central, cuya sede está en la Escuela de Salud Pública. Añade que, como ha señalado el Dr. Durán, asisten a ese curso 13 funcionarios de alto nivel del Ministerio, y se cifran grandes esperanzas en los resultados que se obtengan en esta clase de enseñanza, pero en su opinión personal el propósito no consiste simplemente en formar un pequeño grupo de planificadores aislados, sino también inculcar en los dirigentes de la salud los principios fundamentales de la planificación y de la evaluación, de modo que todos ellos puedan participar en el futuro con los economistas en los planes para el desarrollo económico y social de los países.

Recuerda que en anteriores ocasiones alguno de los Representantes se refirió al puesto que corresponde a los higienistas en las reuniones de economistas dedicadas a la planificación nacional y estima que, con los esfuerzos que viene realizando la OSP, ese puesto dejará de estar vacante.

El Dr. Orellana concluye expresando el agradecimiento de su país por la ayuda obtenida para la formación de planificadores y su deseo de que tales beneficios se extiendan a otros países.

El Dr. Quirós (Perú) dice que el tema de que se trata es de singular interés y felicita al Dr. Durán por la exposición que acaba de hacer. Añade que desea hacer unos comentarios y facilitar algunos datos.

Empieza por declarar que se ratifica en su tesis de que la planificación es simplemente una técnica que debe ser aplicada en forma global y en dos dimensiones: vertical y horizontal. Siendo la planificación en salud un sector del desarrollo económico y social, debe formar parte de un programa general de desarrollo que permita que aquella planificación tenga un fundamento sólido basado en el conocimiento exacto de los recursos con que se puede contar, recursos que deben ser distribuidos equitativamente entre todos los sectores (salud, educación, agricultura, caminos, etc.). Continúa diciendo que si bien considera necesario que un grupo de funcionarios de los servicios nacionales e internacionales de salud tenga específicamente funciones de planificación y conozca esta técnica, aquella debe basarse en presupuestos funcionales que abar-

quen todas las necesidades, susceptibles de un estudio cuantitativo o no, siendo asimismo preciso que los técnicos adscritos a un servicio de salud o a cualquier otro, sea cual fuere su nivel, participan activamente en la planificación. Afirma que es así, sobre esas bases, como se está organizando en su país la planificación del desarrollo económico y social.

Desde hace algunos años dos funcionarios del Ministerio de Salud Pública concurren a un curso anual de planificación que se organiza para todos los ministerios, y han asistido también a otros cursos más breves ofrecidos con asesoramiento de la CEPAL y por entidades privadas interesadas en esta cuestión. Agrega que hace más de un año se creó la Oficina Central de Planes y Programas en el Ministerio de Hacienda, en la cual el de Salud Pública tiene un grupo de funcionarios que ya ha preparado un trabajo preliminar sobre el estado de salud de la población del país.

El Dr. Quirós sigue diciendo que este año, a nivel de la Dirección General de Salud y con la colaboración del SESP, se ha formado un grupo de planificación que tiene las siguientes funciones: elaborar el plan nacional de desarrollo en el sector de salud, en coordinación con la Oficina Central de Planificación; armonizar la planificación dentro del Ministerio de Salud Pública en todos los niveles normativos y ejecutivos, cada uno de los cuales tendrá una función definida en este proceso total; asesorar en el trabajo de planificación de las regiones sanitarias y servicios locales de salud, de acuerdo con el plan nacional; y realizar encuestas y estudios especiales para el mejor conocimiento de ciertos problemas específicos, como el que se está llevando a cabo con la colaboración de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins sobre recursos humanos en salud pública, y que comprenderá además de la determinación del tipo y número de técnicos actualmente existentes en el país y el establecimiento del déficit a este respecto, el estudio del potencial humano para las profesiones relacionadas con salud y las facilidades de adiestramiento y capacitación con que cuenta la nación.

Señala que en este año, como base fundamental de todo ese proceso de planificación nacional, se hizo un primer ensayo para convertir en funcional el presupuesto general de la República, incluso el

de salud pública elaborado sobre los moldes clásicos.

Reconoce que todo este proceso, eminentemente técnico, y que es el razonable, ha tropezado y cree que seguirá tropezando con dificultades y con la oposición de grupos interesados, y sobre todo políticos, que especulan mucho con el tema de planificación.

En relación con las actividades de planificación de la OPS, el orador cree sinceramente que, además de las funciones de asesoramiento y de capacitación de personal que se propone realizar en cooperación con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, debe planificar su propio programa, como hacen las restantes organizaciones internacionales especializadas de ayuda multilateral y bilateral, para que los Gobiernos que sostienen a estos organismos posean una idea más precisa de su función en los problemas de la salud, capacitándoles para distribuir técnicamente los recursos de ayuda internacional de acuerdo con las necesidades totales del desarrollo económico y social del Continente.

Expresa su conformidad con lo que dice el documento sometido a discusión, en el sentido de que se confía en que, una vez desarrollados los planes de salud, "los Gobiernos de la Organización estarán en condiciones de definir con más precisión los aspectos en que pueda utilizarse más eficazmente la asistencia internacional", pero cree que no es necesario esperar una definición más clara para planificar también los programas de las organizaciones internacionales, ya que, de acuerdo con lo que se reconoce en ese mismo documento, la planificación es un proceso dinámico en el cual es necesario introducir cambios según aconseje la experiencia, tanto en el plano nacional como en el internacional.

El Dr. GONZÁLEZ TORRES (Paraguay) comienza diciendo que quiere dar una información previa antes de entrar en el asunto de que va a tratar, y expone que el Paraguay ha recabado fondos para reforzar las aportaciones del Gobierno Nacional a los programas de erradicación de la malaria, provisión de drogas, medicamentos y materiales, centros de salud, etc., con cargo a los fondos de emergencia asignados en el Plan de la Alianza para el Progreso. La correspondiente petición de recursos ha sido presentada al Gobierno de los Estados Unidos

de América y a la AID, solicitud que no ha sido resuelta aún en forma definitiva.

Informa que el Gobierno del Paraguay ha creado la Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social, a nivel presidencial, y que las funciones y atribuciones de dicha Secretaría son, en términos generales, las siguientes: el análisis de la situación económica y social; la elaboración de proyectos para el desarrollo global y sectorial; el establecimiento de prioridades y la coordinación de los programas y evaluación de los recursos disponibles para una mejor y más equitativa distribución de la asistencia técnica.

El Dr. González Torres añade que el Ministerio de Salud Pública, tomando en cuenta la recomendación de la Carta de Punta del Este y la Resolución IV de la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS,<sup>1</sup> ha constituido una unidad de planificación con miras a la elaboración del Plan Decenal de Salud Pública recomendado y anuncia que su país está en camino de constituir un organismo nacional de coordinación de salud pública, integrado por representantes de instituciones oficiales, tales como la Sanidad Militar, Sanidad Policial, Facultad de Ciencias Médicas, Instituto de Previsión Social e instituciones privadas relacionadas con las actividades de salud pública.

El orador señala que la Unidad de Planificación de la Salud ya ha comenzado sus actividades destinadas a conocer a fondo los problemas sanitarios nacionales, los recursos disponibles, etc., a fin de establecer conclusiones que permitan programar sobre bases realmente científicas y añade que recientemente la Comisión Económica para América Latina organizó un curso intensivo sobre "Desarrollo Económico", en el que participaron miembros de la unidad nacional de Planificación del Paraguay.

El Dr. GONZÁLEZ RUIZ (Panamá) señala que el cambio de Gobierno en su país ha determinado una reforma radical de los servicios de salud, que ha logrado éxito por haberse llevado a cabo mediante una planificación ordenada y en un sector del país.

Informa que atendiendo a las recomendaciones de la Carta de Punta del Este y de la Organización Mundial de la Salud, Panamá ha creado en el Ministerio de Trabajo y Previsión Social y Salud Pú-

<sup>1</sup> Véase pág. 331.

blica una unidad de planificación, coordinada con el Departamento de Planificación Nacional.

Expresa, por último, su satisfacción por el hecho de que la Oficina Sanitaria Panamericana haya tomado la iniciativa de preparar especialistas en estos problemas de planificación, con cuya colaboración espera contar.

El Dr. MACHADO VENTURA (Cuba) dice que comparte plenamente el criterio sobre lo imprescindible que resultan las tareas de planificación en salud pública, pero advierte, con el propósito de evitar posibles desilusiones, que si no se hace previamente una planificación general en el país, que cuente con los elementos necesarios de personal profesional, técnico o auxiliar, así como con los recursos económicos requeridos para ejecutarla, la que se haga resultará siempre empírica.

Manifiesta que en su país se ha establecido de modo oficial, desde hace ya siete meses, la Subsecretaría de Economía y Planificación, y desde hace tres años la Junta Central de Planificación como organismo máximo en cuestiones de planificación nacional, aunque en realidad hace más de un año que todos los proyectos y programas se planifican teniéndose en cuenta para ello las necesidades tanto en recursos asistenciales como de personal y económicos, lo que permite conocer con antelación los elementos de que se dispone para establecer los correspondientes objetivos y, lo que es más importante, para tener la certeza de que se puede contar con los recursos que se requieren para el logro de aquéllos, que es lo que se persigue en definitiva.

Añade que los objetivos que Cuba se propone alcanzar en el cuatrienio 1962-1965, son los siguientes: disminuir la mortalidad infantil, principalmente en la primera infancia; ampliar el plan de vacunación, insistiendo en la campaña contra la tuberculosis y la poliomielitis; dar una mayor protección a la mujer embarazada; controlar la incidencia de la tuberculosis, la lepra y otras enfermedades transmisibles; disminuir las enfermeda-

des infecciosas, principalmente las gastrointestinales; introducir y extender a todas las unidades ejecutoras un sistema de prevención y diagnóstico del cáncer (de la mama, el útero y los pulmones); mejorar el ambiente sanitario de la población; lograr el mayor ahorro y el mejor uso de los esfuerzos en las distintas dependencias; organizar y perfeccionar los centros de higiene y epidemiología; aumentar la atención médica al obrero de las ramas más importantes de la industria; lograr una organización y funcionamiento óptimo de los centros asistenciales; elevar el nivel científico e ideológico del personal; organizar la vida científica del país, incrementando las actividades de las sociedades científicas e incorporar al pueblo a las tareas de protección y defensa de la salud, etc.

El Dr. Machado Ventura señala que considera necesario, además, para una perfecta planificación en salud pública, la integración de las actividades del ramo en los Ministerios de ese nombre. Reitera que es imprescindible conocer el costo total de los servicios de esa clase que se prestan a la población y que ello le afirma en su criterio de que las mencionadas actividades deben concentrarse en un solo organismo, o sea, en el Ministerio de Salud Pública.

Sugiere que se tenga muy en cuenta, en los cursos de planificación que se proyecten, la conveniencia de encargarlos a personas que hayan trabajado en servicios de salud en las zonas periféricas, fuera de los núcleos urbanos, es decir, que hayan estado en contacto con la realidad vivida en dichas zonas.

Señala, por último, la conveniencia de asignar prioridad a los servicios de estadística para poder realizar así una planificación eficaz y expresa además su convencimiento de que tales servicios no alcanzarán la perfección si se limitan a recoger información de las grandes ciudades, sino que deben obtener los datos principales en todos los núcleos de población, transmitiéndolos luego a las unidades ejecutoras de los programas.

*Se levanta la sesión a las 12 h. 10 m.*

## CUARTA SESION

Miércoles, 29 de agosto de 1962, a las 14 h. 45 m.

Presidente: Dr. JAMES WATT (Estados Unidos de América)

**Tema 2.11: Planes nacionales de salud (conclusión)**

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, declara abierta la sesión y anuncia que va a proseguir el examen del tema 2.11, iniciado en la sesión anterior.

El Dr. PÉREZ ARCHILA (Colombia) manifiesta que, en relación al tema de la planificación, el Gobierno de su país, a raíz de las importantes conclusiones adoptadas en Bogotá en septiembre de 1960 por los representantes de los países de América, dedicó todo género de esfuerzos a crear organismos planificadores, y fue así como a mediados de 1960 se estableció un organismo dependiente de la Presidencia de la República que tenía como objetivo fundamental la organización de las Oficinas de Planeamiento de los diferentes ministerios que forman la Administración Nacional.

Sigue diciendo que cuando se hizo la reforma del Ministerio de Salud Pública, en él se creó la Oficina de Planeamiento, Coordinación y Evaluación, que ya ha comenzado a dar sus primeros frutos, habiendo elaborado el Plan Decenal de dicho Ministerio para 1962-1971.

El orador lee a continuación los siguientes párrafos del documento correspondiente a dicho plan:

Si bien es cierto que resulta posible conseguir el mejoramiento de la salud en un país, mejorando en forma aislada algunos de sus factores, no cabe la menor duda de que los resultados serán mucho más eficaces, si la misma suma de esfuerzos se distribuye equilibrada y adecuadamente entre las acciones fundamentales de salud, entendiéndose por salud, el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.

Por ejemplo, si todo el énfasis se pone exclusivamente en un programa de atención médica, o de saneamiento ambiental, no se conseguirá el mismo resultado que si se programan simultáneamente acciones de atención médica, de saneamiento ambiental, de higiene maternoinfantil, de control de enfermedades transmisibles, de educación para la salud, etc., aunque sea en menor escala, por la necesidad de usar la misma cantidad de recursos disponibles que exigiría un programa unilateral.

En otras palabras, creemos que a través de un reforzamiento de servicios integrados de salud, que estarán encar-

gados de satisfacer los requerimientos básicos de salud de una comunidad, puede obtenerse un mejoramiento progresivo del nivel de salud del país, sobre una base estable y sólida, por medio de una acción integral y permanente en la cual deben participar todos los miembros de la comunidad.

Por otra parte, no es ésta una concepción nueva en Colombia. Desde 1956, con la asesoría técnica de la Organización Mundial de la Salud y la colaboración económica del UNICEF, se viene desarrollando un programa denominado "Mejoramiento progresivo de los servicios de salud pública en Colombia".

Para alcanzar estos objetivos el Gobierno se propuso: crear una Oficina de Planeamiento y Coordinación en el Ministerio de Salud Pública cuyas finalidades serán, estudiar la actual organización del Ministerio y los organismos seccionales de salud pública y formular recomendaciones para su reorganización, con el fin de obtener que tanto sus recursos humanos como materiales se integren y coordinen en forma de dar el mejor rendimiento; estudiar los problemas sanitarios y asistenciales del país y proponer un plan nacional de salud pública a largo plazo, señalando prioridades e incluyendo tanto campañas de control y erradicación de ciertas enfermedades como los programas rutinarios de reparación de la salud, prevención de enfermedades evitables y promoción de la salud (este plan nacional prestará particular atención a la población rural del país y hará hincapié en las labores de medicina preventiva); prestar ayuda al Ministerio y dependencias seccionales en la aplicación del plan, tanto en la etapa inicial —el programa piloto— como en la expansión progresiva del programa al resto del país.

Llevar a cabo un plan de preparación del personal técnico y auxiliar de Salud Pública. Utilizando las facilidades docentes de la Escuela Superior de Higiene, hoy Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional, o de otras instituciones de enseñanza en el país, organizar cursos de adiestramiento para el siguiente personal que trabajará en las Direcciones Departamentales y centros de salud en la zona piloto: médicos, enfermeras, inspectores sanitarios, oficiales de estadística y auxiliares de enfermería.

Seleccionar, de acuerdo con la OMS, los candidatos que recibirán adiestramiento en el exterior, utilizando las becas que otorga la OMS.

Para el buen desarrollo de estas actividades, el Gobierno se propone introducir las siguientes medidas administrativas, de acuerdo con las recomendaciones de la Oficina de Planeamiento y Coordinación: fortalecer los servicios del Ministerio, en especial los de la División de Salubridad, dotándolos de personal entrenado, con dedicación exclusiva y adecuadamente remunerado, base esencial para el desarrollo y expan-

sión de los servicios en áreas rurales; reorganizar y mejorar las Direcciones Departamentales de Salud Pública, comenzando por los Departamentos de Norte de Santander, Boyacá, Cundinamarca, Valle y Nariño, que constituyen la zona piloto antes citada; reorganizar y mejorar los centros de salud pública en zonas escogidas de los mencionados departamentos, y mejorar y completar los locales y el equipo de los centros escogidos para el efecto y organizar laboratorios donde fuera recomendable.

Señala luego que en este documento se analizan también los propósitos de la integración y se determinan objetivos generales y específicos en higiene maternoinfantil, saneamiento ambiental, epidemiología y control de enfermedades transmisibles, nutrición, odontología y atención médica. Añade que también se analiza en este Plan Decenal el costo del proyecto y, finalmente, su financiamiento.

Termina expresando que en esta forma se ha dado un paso fundamental para poder planear, ejecutar y evaluar las diferentes acciones, y coordinarlas no solamente dentro del mismo Ministerio de Salud Pública sino con los demás Ministerios por intermedio de la respectiva Oficina de Planeamiento existente en cada uno de ellos; hace notar que estas dependencias están, a su vez, coordinadas por la Oficina de Planeamiento de la Presidencia de la República.

El Dr. GARCÍA SÁNCHEZ (México) manifiesta que la planificación de programas nacionales en México, parte ya de un plan mejor elaborado, de la Constitución de 1917, en donde están plasmados algunos objetivos que los Gobiernos se han fijado para dar al país un desarrollo económico tendiente siempre al mejoramiento social del pueblo, y señala que muchos de los postulados de la Constitución apenas están empezando a cumplirse y otros están satisfaciendo ya las necesidades económico-sociales de parte de sus comunidades.

Añade seguidamente que la Presidencia de la República, en este período de Gobierno, ha creado una Secretaría de la Presidencia cuya función principal es planear y coordinar la acción de todas las dependencias gubernamentales, tanto a nivel nacional como local, de tal manera que constantemente los servicios de la Secretaría de Salubridad se ven en la necesidad de estar informando a dicho organismo acerca de los planes anuales o sexenales que se elaboran en esa materia, organismo que además coordina con el Instituto Mexicano del Se-

guro Social y otras dependencias la expansión que debe darse a los hospitales y servicios.

El orador afirma que ha sido interesante conocer el enfoque que la Oficina Sanitaria Panamericana está dando ahora a la planificación integral. Añade que a nivel de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se ha preparado un trabajo muy preliminar, en el que se refleja el hecho de que los higienistas empiezan a tener más contacto con los economistas, y lamenta que dicho trabajo no haya sido enviado oportunamente para que figurara en la documentación presentada a la Conferencia. A continuación da lectura a los siguientes párrafos del referido documento sobre la situación económica de su país:

El producto nacional bruto real se ha triplicado en los últimos veinte años y la producción nacional *per capita* real sólo se duplicó en ese mismo período, en virtud de que el desarrollo demográfico de nuestro país ha sido, en las últimas décadas, verdaderamente sorprendente.

La participación de las diferentes actividades económicas dentro del producto nacional, de 1950 a 1959, no registra cambios fundamentales, sino sólo ligeros aumentos o disminuciones en las actividades dentro de la producción total. Sin embargo, es preciso señalar que la minería ha perdido importancia en los diez últimos años y la industria petrolera se ha incrementado en ese mismo período; las actividades agropecuarias siguen participando en sólo un 20 % del producto nacional, pese a que absorben el 56 % de la fuerza de trabajo y por último la industria manufacturera ha ido aumentando su participación en la producción total de bienes y servicios. La columna de otras actividades que absorbe la mitad del valor total abarca al comercio, banca y demás servicios privados.

Las actividades con una mayor productividad y que requieren menos mano de obra para su operación son las más capitalizadas, a saber: petróleo, energía eléctrica y minería.

A una tasa de desarrollo económico neta de 2,5 % anual, el país podría alcanzar en unos cincuenta años un nivel de la producción nacional *per capita* de 12.500 pesos, cifra tres veces mayor a la actual.

Cuando el país hubiese alcanzado un producto nacional *per capita* de 12.500 pesos, la distribución de los gastos de consumo se transformaría en la siguiente forma: 35 % alimentos, 10 % ropa, 10 % vivienda y 45 % otros, aumentando la capacidad de ahorro y de inversión.

La inversión total en nuestro país en los últimos años ha fluctuado alrededor del 14 % del producto nacional, cifra por demás baja, ya que en otros países la inversión total llega a representar la tercera parte del producto nacional.

Como resultado de una reducción constante en la relación de intercambio con otros países, México ha visto incrementarse su saldo desfavorable en la balanza comercial, a un ritmo de 14,6 % anual en los últimos diez años.

Termina diciendo que los higienistas van conociendo más a fondo los aspectos económicos y que se cuenta ya con la participación de un economista en el programa de salud pública de un distrito, pero que son muy pocos los economistas que se encuentran en las áreas rurales.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) hace constar la satisfacción con que la Oficina ve el interés de los Gobiernos por esta metodología fundamental que es la planificación, y destaca, asimismo, que cuanto se ha expuesto en el debate significa más responsabilidad para la Oficina en la medida que los Gobiernos requieran asesoría directa e inversiones en materia de formación de técnicos. Señala que, a su juicio, los primeros planes nacionales deben ser documentos muy sencillos, que a lo más representen una ordenación de las inversiones actuales de los Gobiernos y, por lo tanto, de las partidas presupuestarias con que hoy día se cuenta y de la proporción que corresponda a las actividades de salud en la redistribución de los nuevos ingresos en la medida que la economía crezca, en consonancia con el ideal de que crezca a la tasa de 2 ½ % anual por persona, tal como quedó consignado entre los objetivos de la Alianza para el Progreso en la Carta de Punta del Este.

Señala igualmente que dichos planes han de ser sencillos, muy diferentes de las complicadas elaboraciones matemáticas que probablemente algunos economistas quisieran realizar, y dice que América Latina pasará todavía muchos años haciendo lo que se llama la planificación vertical.

Refiriéndose a algunas expresiones que se han vertido en la sesión anterior, explica que los ministerios de salud no tendrían por qué esperar que otros organismos del Estado adquirieran el mismo ritmo, porque, a su juicio, si bien el ideal es que existan planes integrados de desarrollo, esto no quiere decir que los ministerios de salud no deben adelantarse en la propia integración de sus inversiones; pensar en planificación horizontal integrada representa una idealización, y a este respecto manifiesta

su convicción de que no hay experiencia en esta materia y de que debieran destinarse fondos para la realización de investigaciones en este sentido, en regiones limitadas de cada país; es probable, añade, que llegue el momento en que se podrá hacer una verdadera planificación de todas las acciones que conducen al bienestar.

Dice el Director que, en lo que respecta a la Organización, sigue creyendo que un organismo asesor debe formular su propio plan a tono con los Gobiernos, que son los ejecutores, y que mientras no se tengan claramente formulados los planes nacionales de los países, las organizaciones internacionales sólo deben limitarse a una serie de programas y proyectos que correspondan a las prioridades establecidas por los Gobiernos, sus mandantes, por lo que, a su juicio, sería vano que un organismo internacional se pusiera a determinar un plan continental que comprendiera sus propias actividades y con respecto al cual los Gobiernos Miembros pudieran no estar de acuerdo. Añade que proceder así sería quebrar una tesis que se propuso seguir desde que fue designado Director, en el sentido de que ésta no es una organización supragubernamental sino un organismo internacional de colaboración con los Gobiernos, tal cual ellos lo crearon; pero la Oficina ha ido mejorando y ampliando su propia presentación de programas y proyectos, y va a someter en abril próximo el primer presupuesto por programas de acuerdo con el esquema que el Comité Ejecutivo aprobó en su última reunión y naturalmente, está dispuesta, cuando se hayan elaborado los planes nacionales de salud de cada país, a preparar su propio plan a tono con ellos.

*Decisión:* Se acuerda encomendar al Relator de la Comisión I que prepare un proyecto de resolución recogiendo los puntos de vista expuestos en el curso del debate.<sup>1</sup>

*Se levanta la sesión a las 15 h. 45 m.*

<sup>1</sup> Véase acta de la octava sesión plenaria, págs. 173-174.

1970-1971

#### **4. ACTIVIDADES DEL COMITE EJECUTIVO**





## INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ EJECUTIVO<sup>1</sup>

*Presentado por el Dr. Victorio Vicente Olguín (Argentina),  
Presidente de la 45ª y 46ª Reuniones del Comité Ejecutivo*

En cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo F del Artículo 4 de la Constitución tengo el honor de informar a la Conferencia Sanitaria Panamericana sobre las actividades desarrolladas por el Comité Ejecutivo en el período comprendido entre octubre de 1961 y septiembre de 1962, durante el cual celebró sus 45ª y 46ª Reuniones.

La 45ª Reunión tuvo lugar en Washington, D. C., el día 13 de octubre de 1961, después de la clausura del XIII Consejo Directivo, y en ella tomaron posesión de sus cargos los Representantes Dr. Manuel A. Sánchez Vigil (Nicaragua), Dr. Carlos S. Quirós (Perú) y Dr. José Bove Arteaga (Uruguay), por haber elegido el Consejo Directivo a dichos países para formar parte del Comité. Asistieron además los siguientes Representantes: Dr. Victorio Vicente Olguín (Argentina), Dr. Gustavo Fricke (Chile) y Dr. Alberto Aguilar Rivas (El Salvador), y, en calidad de Observadores, el Dr. James Watt y el Sr. Howard B. Calderwood (Estados Unidos de América), el Dr. Raymond G. Hyronimus (Francia) y el Dr. R. M. F. Charles (Reino Unido).

En la 45ª Reunión, asimismo, tuve el honor de ser elegido Presidente del Comité para el período cubierto por este informe. Me cupo pues el honor de presidir la 45ª y 46ª Reuniones del Comité. La elección de Vicepresidente recayó en favor del Representante de Nicaragua, Dr. Manuel A. Sánchez Vigil.

A la 46ª Reunión, celebrada también en Washington, D. C., del 23 al 27 de abril de 1962, asis-

tieron los siguientes Representantes: Dr. Victorio Vicente Olguín (Argentina), Dr. Alvaro de Angulo (Colombia), Dr. Alfredo Leonardo Bravo (Chile), Dr. Carlos Antonio Díaz del Pinal (El Salvador), Dr. Manuel A. Sánchez Vigil (Nicaragua), Dr. Alfredo Lynch Cordero (Perú) y Dr. Alberto Bertolini (Uruguay). Concurrieron a ella, en calidad de Observadores, la Dra. Celia Girona (Cuba), Sr. William Bowdler, Sr. Howard B. Calderwood, Sr. Carter Hills, Dr. Russell Lee, Dr. Robert T. Scholes y Sr. Simon Wilson (Estados Unidos de América), Sr. Jacques Pierre Dupont (Francia), Sr. Lodewijk A. M. Lichtveld (Reino de los Países Bajos), Sr. Howard Salzman, Jr., Sr. Manuel Canyes y Sra. Alzora H. Eldridge (Organización de los Estados Americanos), Ing. Humberto Olivero e Ing. Rafael Suárez-Guzmán (Banco Interamericano de Desarrollo).

De conformidad con el Artículo 12 del Reglamento Interno, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana es Secretario *ex officio* del Comité. En consecuencia, las funciones de secretaría correspondieron al Dr. Abraham Horwitz.

### **Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961**

Estos informes fueron considerados en la 46ª Reunión del Comité, que tomó nota de los mismos y resolvió transmitirlos a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana. También acordó encarecer a los Gobiernos que tuvieran cuotas pendientes de pago, que las hicieran efectivas a la mayor brevedad posible.

<sup>1</sup> Documento CSP16/22. Los informes finales de la 46ª y 47ª Reuniones del Comité Ejecutivo aparecen a continuación del presente informe.

### Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963

En su 46ª Reunión, el Comité efectuó un detenido análisis, partida por partida, de las cifras del presupuesto y proyectos correspondientes a 1963, presentados por el Director. Con este motivo se trataron diversos aspectos relacionados con las actividades de la Organización: enfermedades transmisibles, enseñanza y adiestramiento, investigaciones científicas, planes de salud en relación con las metas de la Carta de Punta del Este, relación de las funciones de salud con el desarrollo nacional, cambios introducidos en la estructura de la Sede de la Organización, uniformación de la terminología administrativa, necesidad de un enlace permanente entre los departamentos técnicos de la Sede y las distintas Oficinas de Zona, viáticos de los miembros del Comité, conveniencia de proceder a un estudio de las cuestiones presupuestarias y administrativas, número de puestos financiados con fondos de la OPS, erradicación de la viruela, enseñanza de la medicina, Fondo de Trabajo, saneamiento del medio, vivienda, etc.

Finalmente, el Comité acordó someter a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana el proyecto de programa y presupuesto preparado por el Director, junto con las observaciones formuladas por el Comité, y recomendar a la Conferencia que fije en la cantidad de \$ 5.990.000 el nivel del presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963.

### Reglamento Interno del Comité Ejecutivo

En su 45ª Reunión, el Comité aprobó la revisión de su Reglamento Interno preparada por el Subcomité sobre Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud.

### Subcomité Permanente de Edificios y Obras

*Informes del Subcomité y del Director.* En la 46ª Reunión, el Comité expresó su agradecimiento al Subcomité Permanente de Edificios y Obras por la labor realizada, y aprobó las medidas tomadas hasta la fecha por el Director y por el Subcomité con respecto a la construcción del nuevo edificio para la Sede, y acordó someter ambos informes

a la consideración de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

*Composición del Subcomité.* En su 45ª Reunión, el Comité se manifestó de acuerdo con el criterio del Director de que el actual Subcomité Permanente de Edificios y Obras, integrado por los Representantes de Argentina, Chile y Estados Unidos de América, debía continuar en el ejercicio de sus funciones.

### Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Comité, en su 46ª Reunión, acordó confirmar las modificaciones al Reglamento del Personal de la Oficina presentadas por el Director y referentes principalmente a las nuevas escalas de sueldos para el personal profesional y de ajustes por lugar de destino, así como al subsidio por esposa o esposo y al subsidio de educación, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas y el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud.

### Sueldos de los altos funcionarios de la Oficina

En su 46ª Reunión, el Comité aprobó la decisión del Director de que el actual Subdirector de la Oficina, Dr. John C. Cutler, sea, en lo sucesivo, Director Adjunto y el Secretario General, Dr. Victor A. Sutter, sea Subdirector, así como la propuesta de aumento de sus respectivos sueldos.

En la misma reunión, el Comité acordó además sugerir a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana que el sueldo del Director de la Oficina se aumente a un nivel adecuado a la alta jerarquía e importantes funciones de dicho funcionario, estableciendo, además, en la oportuna proporción, los subsidios de que ya disfrutaban los demás funcionarios internacionales.

### Informe sobre las actividades de la Organización Panamericana de la Salud derivadas de la Carta de Punta del Este

En su 46ª Reunión, el Comité estudió con interés el informe presentado por el Director sobre las actividades que lleva a cabo la Organización Panamericana de la Salud de acuerdo con el espíritu

y letra de la Carta de Punta del Este, dándole su aprobación, y encomendó al Director que prosiguiera los programas destinados a cumplir la misión asignada a la OSP en la mencionada Carta; que hiciera todo lo posible para conseguir fondos extrapresupuestarios que contribuyan a sufragar el adiestramiento, en planificación, de funcionarios de los servicios nacionales de salud, profesores de escuelas de salud pública y personal de la Oficina, y que hiciera todas las gestiones necesarias a fin de incorporar plenamente la Oficina a toda actividad, misiones, estudios, etc. que sean emprendidos en relación con el desarrollo económico y el progreso social por organismos internacionales como la Organización de los Estados Americanos, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Comisión Económica para América Latina, de las Naciones Unidas, así como por organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales que estén actuando en este terreno. Recomendó asimismo a los Gobiernos que no lo hubieran hecho, que constituyan, a la brevedad posible, las Comisiones de Planificación de la Salud, relacionándolas con las Comisiones Nacionales de Planificación del Desarrollo, con el propósito de elaborar los planes a aplicar establecidos en la Carta de Punta del Este, en el programa de la Alianza para el Progreso, y que hicieran lo necesario para establecer Comisiones de Coordinación con los otros organismos de ayuda internacional en el campo de la salud, a fin de conseguir el mejor rendimiento en pro de la salud de los pueblos.

#### **Unidad de Planificación de la Organización Panamericana de la Salud**

En su 45ª Reunión, el Comité encomendó al Director que presentara a la siguiente reunión del Comité un documento sobre la creación de una unidad de planificación, su estructura y sus repercusiones presupuestarias.

El Comité, en su 46ª Reunión, tomó nota del informe presentado por el Director en cumplimiento de dicha decisión y le encomendó que continuara estudiando el fortalecimiento de las actividades de planificación siguiendo las orientaciones expuestas en dicho informe, a fin de poder satisfacer las necesidades de los Gobiernos en materia de asesoramiento en este campo, y que informara oportunamente a los Cuerpos Directivos sobre la labor realizada en ese sentido.

#### **Proyecto de presupuesto funcional**

El Comité, en su 45ª Reunión, encomendó al Director que presentara a la siguiente reunión un documento que sirviera de base para el estudio de las posibilidades de adoptar en la Organización programas y presupuestos funcionales.

En su 46ª Reunión, el Comité estudió con interés el documento presentado por el Director en cumplimiento de dicho acuerdo, y le encomendó que llevara a cabo los estudios detallados que fueran necesarios en este sentido e informara sobre la labor realizada a la reunión que el Comité Ejecutivo celebrará en la primavera de 1963.

#### **Servicios de compras por cuenta de los Gobiernos de la Organización**

En su 46ª Reunión, el Comité examinó detenidamente el informe presentado por el Director sobre los servicios de compras por cuenta de los Gobiernos de la Organización y le encomendó que reiterara a los Gobiernos la existencia de esta clase de servicios y señalara a su atención la forma y métodos que aplica la Oficina para satisfacer los pedidos de aquéllos, y solicite que expresen si están interesados en seguir utilizándolos. Encargó asimismo al Director que practicara una revisión del funcionamiento de estos servicios y, de acuerdo con las respuestas recibidas de los Gobiernos, sometiera un informe sobre el particular al Comité Ejecutivo en su reunión que tendrá lugar en la primavera de 1963.

#### **Fondo Rotatorio de Emergencia**

El Comité, en su 46ª Reunión, tomó nota del informe presentado por el Director sobre el Fondo Rotatorio de Emergencia, en el que se daba cuenta de las actividades relacionadas con el mismo, cuyo saldo disponible en la fecha de presentación del informe era de \$ 45.113.

#### **Contratación y retención del personal**

En su 45ª Reunión, el Comité recomendó al Director de la Oficina que estudiara las condiciones de empleo del personal de la misma y que informara sobre las medidas que podrían tomarse para

facilitar la contratación y retención de funcionarios.

El Comité, en su 46ª Reunión, estudió el informe presentado por el Director en cumplimiento de dicho acuerdo y le encomendó que diera cuenta oportunamente a los Cuerpos Directivos de las medidas que adopte para mejorar las condiciones de empleo en la Organización. Reiteró, además, la recomendación de la XII Reunión del Consejo Directivo<sup>1</sup> de que los Gobiernos introduzcan en su legislación las disposiciones necesarias para amparar los derechos que, en los respectivos servicios nacionales, tengan adquiridos aquellos funcionarios cuyos servicios sean objeto de cesión temporal a las organizaciones internacionales de salud pública, y acordó solicitar también de dichos Gobiernos que adopten las correspondientes disposiciones que garanticen a los funcionarios la estabilidad en sus cargos, así como el régimen de previsión que les corresponda, mientras presten sus servicios, en forma temporal, en las organizaciones internacionales de salud.

### **Comisiones Nacionales de Salud**

El Comité, en su 46ª Reunión, llevó a cabo un detenido estudio sobre la forma en que la Oficina podría encauzar el plan de establecer Comisiones Nacionales de Salud, y encomendó al Director que estimulara por todos los medios a su alcance la organización de dichas comisiones en los países de las Américas, a fin de que despertaran el interés de la opinión pública por los problemas de la salud y divulguen la importancia de la cooperación internacional, y que informara oportunamente a los Cuerpos Directivos sobre el resultado de sus gestiones en este sentido.

### **Preparativos para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas**

En su 46ª Reunión, el Comité, ante la imposibilidad de celebrar la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana en Buenos Aires como estaba previsto, encomendó al Presidente del Comité Ejecutivo y al Director de la Oficina que se consultaran

acerca de los preparativos necesarios a fin de que la Conferencia pudiera celebrarse en la Sede de la Oficina, encargando al Director que, una vez establecida la fecha, convocara la Conferencia.

En la misma reunión, el Comité recomendó al Director que en la presentación y examen, en dicha Conferencia, de los informes de los Gobiernos a que se refiere el tema "Informe de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y la XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas", se adopte el procedimiento siguiente: a) el documento que resume los informes cuatrienales de los Gobiernos se presentará en sesión plenaria; b) los Delegados de los Gobiernos que deseen complementar la información sobre sus respectivos países, podrán hacer uso de la palabra inmediatamente después de la presentación del documento, y c) terminados los informes orales de las Delegaciones, los puntos concretos sobre los problemas de salud pública que se consideren merecedores de especial estudio, se seleccionarán para ser examinados por la Comisión I (Asuntos Técnicos).

### **Anteproyecto de programa de temas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas**

El Comité, en su 46ª Reunión, aprobó el anteproyecto de programa de temas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana preparado por el Director, incorporando al mismo el tema 16 que figuraba en el programa de temas de la citada reunión con el título de "Comunicación del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos transmitiendo el Acta Final de la Octava Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores para servir de órgano de consulta en aplicación del Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca", por lo cual se acordó no debatir este tema en la 46ª Reunión del Comité.

Al terminar este informe, en el que he procurado exponer objetiva y sucintamente los importantes acuerdos tomados en ambas reuniones, debo agradecer a los miembros del Comité Ejecutivo la confianza que en mí depositaron al elegirme Presidente y la inapreciable colaboración que en el cur-

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 36, 30.

so de dichas reuniones me prestaron el Vicepresidente y todos los demás Representantes, agradecimiento que hago extensivo al Director de la Ofi-

cina Sanitaria Panamericana y al personal de la misma por la eficiente labor realizada en la organización y desarrollo de las reuniones.

## INFORME FINAL DE LA 46ª REUNION DEL COMITE EJECUTIVO<sup>1</sup>

*Washington, D. C., 23-27 de abril de 1962*

Bajo la Presidencia del Dr. Victorio Vicente Olguín (Argentina) y la Vicepresidencia del Dr. Manuel A. Sanchez Vigil (Nicaragua), la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud se celebró en Washington, D. C., en la Sala de Conferencias Internacionales de la Secre-

taría de Estado de los Estados Unidos de América, del 23 al 27 de abril de 1962, de acuerdo con la convocatoria del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Asistieron los siguientes Miembros del Comité, Observadores y funcionarios de la Oficina:

### *Miembros:*

Dr. Victorio Vicente Olguín	ARGENTINA
Dr. Alvaro de Angulo	COLOMBIA
Dr. Alfredo Leonardo Bravo	CHILE
Dr. Carlos Antonio Díaz del Pinal	EL SALVADOR
Dr. Manuel A. Sánchez Vigil	NICARAGUA
Dr. Alfredo Lynch Cordero	PERÚ
Dr. Alberto Bertolini	URUGUAY

### *Miembro y Secretario ex officio del Comité:*

Dr. Abraham Horwitz, Director	OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
-------------------------------	--------------------------------

### *Observadores:*

Dra. Celia Girona	CUBA
Sr. William Bowdler	ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
Sr. Howard B. Calderwood	
Sr. Carter Hills	
Dr. Russell Lee	
Dr. Robert T. Scholes	
Sr. Simon Wilson	
Sr. Jacques Pierre Dupont	FRANCIA
Sr. Lodewijk A. M. Lichtveld	REINO DE LOS PAÍSES BAJOS

### *Organización de los Estados Americanos:*

Sr. Howard Salzman, Jr.
Sr. Manuel Canyes
Sra. Alzora H. Eldridge

<sup>1</sup> Documento CE46/15, Rev. 1.

**Banco Interamericano de Desarrollo:**

Ing. Humberto Olivero  
Ing. Rafael Suárez-Guzmán

**Asesores del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana:**

Dr. John C. Cutler, Director Adjunto  
Dr. Victor A. Sutter, Subdirector  
Dr. Stuart Portner, Jefe de Administración  
Sr. Frank Gutteridge, Jefe del Servicio Jurídico de la OMS

**Jefe de los Servicios de Secretaría:**

Dr. José Quero Molares

**Programa de temas**

En la primera sesión plenaria, celebrada el día 23 de abril de 1962, se aprobó el programa de temas presentado en el Documento CE46/1, Rev. 1.<sup>1</sup>

**Comisión de Redacción**

De acuerdo con el Artículo 14 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, la Comisión de Redacción quedó constituida por el Presidente, el Vicepresidente y el Secretario, y tuvo a su cargo la preparación del Informe Final.

**Inauguración de la reunión**

El Presidente, al inaugurar la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo, dirigió un saludo a los Representantes de los Gobiernos Miembros, a los Observadores y a los funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana, participantes en la misma. Señaló la importancia de los temas que figuraban en el programa y expresó su convencimiento de que el Comité, con la colaboración del Director y funcionarios de la Oficina, cumpliría su cometido con el sentido de responsabilidad y la conciencia y nivel de jerarquía de que, en repetidas ocasiones anteriores, han dado pruebas todos los asistentes a la reunión. Finalmente, en nombre del Comité Ejecutivo y en el suyo propio, el Presidente agradeció al Gobierno de los Estados Unidos de América la hos-

pitalidad dispensada para celebrar la reunión en el nuevo edificio de la Secretaría de Estado.

**Temas tratados y resoluciones aprobadas**

En el curso de la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo, que celebró nueve sesiones, se examinaron los siguientes temas:

**1. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo, correspondientes a 1961**

El Dr. Portner (Jefe de Administración, OSP) presentó, en la segunda sesión, el Documento Oficial No. 39, con el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961, exponiendo en líneas generales la finalidad de ambas partes del documento y el procedimiento seguido en la Oficina para el control de las cuentas.

**Informe Financiero del Director**—El Dr. Portner señaló el constante incremento de los fondos invertidos en los aspectos internacionales de la salud en las Américas, como lo demuestra el hecho de que en 1961 se gastaron \$ 11.034.693, procedentes de todas las fuentes de fondos: presupuesto ordinario de la OPS, Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria, Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, Fondo de Reserva para Edificios, subvenciones y otras aportaciones recibidas por la OPS, Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos, presupuesto ordinario del INCAP y subvenciones y otras aportaciones recibidas por dicho Ins-

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

tituto, así como con cargo al presupuesto ordinario de la OMS, la Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo, de la OMS y Asistencia Técnica de la OMS; además se gastaron \$ 130.254 en concepto de servicios de compras por cuenta de los Gobiernos, instituciones públicas, etc. de las Américas. El total de los gastos efectuados en 1961 representa un aumento de un \$ 1.340.088 (aproximadamente el 13 %) en comparación con los de 1960. Los gastos con cargo al presupuesto ordinario de la OPS, inclusive la partida para incrementar el Fondo de Trabajo, representaron el 97,75 % del presupuesto autorizado de \$ 4.800.000.

Con respecto a los ingresos, indicó que la recaudación de cuotas del ejercicio en curso fue la más elevada desde 1957: el 84,49 % contra algo más del 76,32 % del ejercicio anterior. Se refirió seguidamente al hecho de que el total de recaudación de cuotas del ejercicio en curso y atrasadas alcanzó a \$ 4.807.545, cantidad que junto con \$ 148.074 obtenidos de todas las demás fuentes, ascendió a \$ 4.955.619, o sea, el 103,24 % del presupuesto autorizado.

Advirtió a continuación que el Fondo de Trabajo el 1 de enero de 1962 ascendía a \$ 1.707.059 (32,58 % del presupuesto autorizado para 1962), habiendo mejorado con respecto al 1 de enero de 1961, en que importaba \$ 1.143.185 (23,81 % del presupuesto autorizado para 1961), pero que dicha cifra todavía resulta baja en comparación con el nivel autorizado del 60 %, y que, en consecuencia, la continuación de la demora en el pago de cuotas puede crear situaciones difíciles en los seis primeros meses del año.

*Informe del Auditor Externo*—Con respecto al Informe del Auditor Externo, el Dr. Portner manifestó que, como en años anteriores, concentra de preferencia su atención en el presupuesto ordinario de la OPS. El informe hace resaltar que la posición financiera de la Organización era mejor, a fines de 1961, de lo que era al terminar el año precedente, como lo revela el hecho de que el ejercicio se cerrará con un superávit de \$ 263.874 (que se transfirió al Fondo de Trabajo), mientras que en 1961 hubo un déficit de \$ 38.150 (que se cubrió con un anticipo de dicho Fondo); pero hace hincapié en la necesidad de intensificar los esfuerzos para que resulte más efectiva la recaudación de cuotas, tanto de las correspondientes al ejercicio en curso como

de las atrasadas. El saldo de las cuotas pendientes de pago alcanzaba a fines de 1961 la cantidad de \$ 1.135.140, y aunque el porcentaje de tal recaudación acusaba un aumento de 8,17 % en comparación con la de 1960, el Auditor Externo considera que las recaudaciones de las cuotas del ejercicio en curso son todavía demasiado bajas para una organización internacional.

El Dr. Portner terminó refiriéndose al apartado iii del párrafo 19 del Informe del Auditor Externo, donde se hace constar que en el período de 1951-1961 se ha registrado una considerable expansión del programa y que la administración financiera de la Organización ha sido eficiente, pasando los gastos por actividades con cargo al presupuesto ordinario de \$ 1.697.262 en 1951 a \$ 4.391.745 en 1961, mientras que los gastos con cargo a otros fondos de la OPS; al presupuesto ordinario de la OMS y a los de la OMS/AT aumentaron entre ambas fechas de \$ 1.215.780 a \$ 6.642.948.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) informó que en su país se están haciendo gestiones para que las cuotas de los organismos internacionales sean pagadas por conducto del Ministerio de Relaciones Exteriores como medio de hacer efectivo más rápidamente el pago de dichas cuotas.

El Sr. Hills (Observador, Estados Unidos de América) hizo constar la satisfacción de su Gobierno por las observaciones muy favorables del Auditor Externo sobre la administración de los diferentes fondos y propuso que constaran en acta las conclusiones de su comprobación de cuentas, que dicen así:

- i) La posición financiera de la Organización es mejor a fines de 1961 que hace un año, pero es preciso realizar todos los esfuerzos posibles para que mejore la recaudación de las cuotas, tanto del ejercicio en curso como atrasadas, a fin de asegurar la adecuada ejecución de las actividades de la Organización e incrementar el Fondo de Trabajo.
- ii) La labor relacionada con las cuestiones administrativas se lleva a cabo en forma adecuada, habiéndose subsanado la deficiencia que observó el año pasado en el control del inventario del equipo de la Sede.
- iii) Mirando retrospectivamente a los diez años transcurridos desde mi primera comprobación de cuentas correspondientes a 1951, observo que ha habido una notable expansión del programa y una administración financiera eficiente. En 1951, los gastos por actividades con cargo al presupuesto ordinario de la OPS sumaron \$ 1.697.262, en comparación con \$ 4.391.745 en 1961.



Los gastos con cargo a Otros Fondos de la OPS, al presupuesto ordinario de la OMS y a los de la OMS/AT aumentaron durante el mismo período de \$ 1.215.780 a \$ 6.642.948. En el intervalo entre 1951 y 1961 se ha alcanzado una madurez en materia de métodos administrativos y una vasta mejora en los registros financieros por lo que se refiere a perfección, exactitud y claridad. Resulta satisfactorio observar que se llevan a cabo estudios encaminados a implantar métodos más efectivos de administración y contabilidad.

*Así quedó acordado.*

El Dr. Portner (Jefe de Administración, OSP) contestó a varias preguntas del Sr. Hills. En primer lugar, explicó que la cantidad presentada como obligaciones sin liquidar, se debe en gran parte a becas adjudicadas por todo el período de estudios, que a menudo se extiende más allá del año fiscal. En segundo lugar, refiriéndose a los estimados y egresos con cargo al Fondo Especial de Erradicación de la Malaria y al Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, durante los años 1961 y 1962, señaló las razones del gasto efectivo de \$ 2.200.000 en actividades antimaláricas en 1961 en comparación con el estimado de \$ 2.700.000, y luego expuso en detalle los gastos efectuados en las actividades de abastecimiento público de agua, también en 1961. Con respecto a la pregunta del Sr. Hills sobre el ritmo de gastos para estas actividades en 1962, el Dr. Portner se refirió al nuevo estimado de unos tres millones de dólares para actividades contra la malaria en este año e indicó que el ritmo mensual de gastos era algo inferior al estimado de \$ 250.000; en la actualidad se acerca a \$ 225.000 mensuales. El ritmo de gastos en abastecimiento público de agua ha tenido que frenarse, necesariamente, por no disponerse de fondos después de haberse comprometido en 1962 los saldos de 1961. Al recibirse una contribución de \$ 300.000, generosamente entregada a la Oficina por el Gobierno de los Estados Unidos de América, se pudieron iniciar nuevas actividades y se calculó que sería posible efectuar los gastos previstos originalmente para este programa.

El Dr. Horwitz (Director, OSP) celebró que el Sr. Hills planteara este problema que se presenta también a las administraciones nacionales: el reajuste constante entre lo que se presupuesta y lo que se gasta en el curso de un año fiscal determinado, y añadió que, en la OPS, la necesidad de tratar con 21 Gobiernos y más o menos 27 unidades políticas, obli-

ga a planificar con dos años de anticipación o más, por lo cual resulta difícil obtener una correspondencia totalmente exacta entre lo que se presupuesta y lo que se gasta. Terminó diciendo que la Oficina está haciendo un estudio muy detenido de esta situación, que oportunamente será sometido a la consideración del Comité.

El Dr. Angulo (Colombia) expresó su satisfacción por el asesoramiento eficaz y oportuno prestado por la Oficina a Colombia en la provisión de agua a las comunidades, pero consideró que debería estudiarse más detenidamente el problema del abastecimiento de agua a las poblaciones pequeñas y rurales donde la inversión no es recuperable en dinero, y que la Oficina podría prestar un asesoramiento de inmenso valor en este aspecto.

El Ing. Olivero (Observador, Banco Interamericano de Desarrollo) señaló, en primer lugar, que el Banco Interamericano de Desarrollo aprecia en mucho la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud. Refiriéndose luego a los aspectos técnicos de la cuestión debatida, indicó que el Instituto de Fomento Municipal de Colombia manifestó recientemente el criterio de que se establecieran tres grupos: uno urbano y dos rurales según se tratara de poblaciones concentradas o dispersas. Añadió que también tuvo ocasión de tratar este problema en el seno del Comité Asesor de la Oficina Sanitaria Panamericana en relación con los problemas de agua y alcantarillado. Se refirió a los distintos aspectos (técnico, administrativo y financiero) que ofrece dicha cuestión y que deben ser abordados en conjunto para tratar de resolverlos. Apoyándose en una publicación de la Organización Mundial de la Salud expresó su opinión de que, aun siendo de igual importancia ambos problemas, resultará más práctico tratar de resolver primero aquel que tenga más posibilidades de financiamiento, y así los países podrían concentrar de preferencia sus recursos internos en la solución del problema rural, aunque, desde luego, la ayuda debe prestarse sin perder nunca de vista la importancia del desarrollo social y económico.

El Dr. Díaz del Pinal (El Salvador) señaló que, dada la importancia del tema del abastecimiento de agua, podría reservársele otro momento para su examen, y cerrarse ya el debate cuyo objeto es la discusión del ejercicio fiscal del año 1961.

A continuación el Comité aprobó por unanimidad la siguiente

## RESOLUCIÓN I

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo sobre la comprobación de las cuentas de la Organización Panamericana de la Salud, correspondientes al ejercicio económico de 1961 (*Documento Oficial No. 39*);

Considerando que el Auditor Externo señala en su informe que "es preciso realizar todos los esfuerzos posibles para que mejore la recaudación de las cuotas, tanto del ejercicio en curso como atrasadas, a fin de asegurar la adecuada ejecución de las actividades de la Organización e incrementar el Fondo de Trabajo"; y

Teniendo en cuenta las opiniones expresadas en el curso de la actual reunión,

## RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe Financiero del Director y del Informe del Auditor Externo, correspondientes al ejercicio económico de 1961 (*Documento Oficial No. 39*), y transmitirlos a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

2. Encarecer a los Gobiernos que tengan cuotas pendientes de pago, que las hagan efectivas a la mayor brevedad posible.

*2. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963*

El Comité Ejecutivo examinó este tema en la primera, segunda y séptima sesiones. Al iniciarse las deliberaciones, el Dr. Horwitz (Director, OSP) señaló que el programa de la Oficina Sanitaria Panamericana se estructura como una unidad funcional, tomando en consideración esencialmente dos elementos: por una parte, los problemas de salud prevalentes en las Américas, y, por otra, los deseos de los Gobiernos. Estos dos factores son de enorme importancia y de igual valor y significado, determinando ambos que la elaboración del programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud constituya un proceso continuo cuyos resultados van mejorando con la experiencia.

Puso de relieve el Dr. Horwitz que la Organización Panamericana de la Salud considera las actividades en el campo de la salud como una función social, que encuentra su expresión en los servicios destinados a prevenir las enfermedades y evitar su propagación, así como a fomentar la salud y prolongar la vida. Todo ello ha de hacerse de acuerdo con la naturaleza de los problemas, la situación económica de cada país, la calidad y cantidad de los recursos disponibles y los rasgos culturales propios de cada grupo social.

Añadió el Director que, al analizar el estado de la salud en las Américas, sobre todo en América Latina, resulta indudable que las enfermedades transmisibles continúan teniendo la mayor prevalencia. Es más, si se consideran las 10 primeras causas de mortalidad, tal y como se desprenden de los informes de los servicios de estadística de la Oficina Sanitaria Panamericana, se puede observar que en todo el Continente, salvo América del Norte, podrían evitarse por lo menos el 60 ó 70 % de las causas que producen las enfermedades más frecuentes. Si la incidencia de estas enfermedades no ha disminuido, no es por falta de conocimientos suficientes, sino por la escasez de recursos y, en cierta medida, la negligencia de quienes no utilizan los elementos que están ya al alcance de los Gobiernos para determinadas actividades. El programa general de la Organización Panamericana de la Salud abarca la lucha contra las enfermedades transmisibles, por medio de cuatro instrumentos fundamentales: organización y mejoramiento de los servicios de salud, formación de técnicos, investigación científica y planificación.

Después de llamar la atención sobre el hecho de que a la Oficina Sanitaria Panamericana le corresponde una función asesora, y no ejecutiva, el Dr. Horwitz se refirió a la forma de exposición de los datos en el Documento CE46/4,<sup>1</sup> sometido a la consideración del Comité Ejecutivo. Señaló que, cuando el programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud se analizan en conjunto, puede observarse en ellos que se sigue la tendencia marcada por los problemas de mayor importancia social y económica en las Américas. Así pues, en 1963, de la totalidad de los fondos disponibles, y sin contar las cantidades correspondientes a la Sede, se destinará el 36,5 % a enfermedades transmisibles (el 31,4 % a programas de erradicación). En la actualidad se está destinando aproximadamente el 41,2 % de los fondos a enfermedades transmisibles. En 1963, el 27 % se aplicará a la erradicación de la malaria; la diferencia se destina a combatir el vector urbano de la fiebre amarilla, la frambesia, la viruela y otras enfermedades transmisibles, como la lepra y la tuberculosis, habiéndose intensificado las actividades en todos esos campos durante los tres últimos años. El fortalecimiento de los servicios de salud pública

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

representa una inversión del 46,4 %. A medida que disminuye la necesidad de fondos para el control o erradicación de enfermedades, se aumentan proporcionalmente las cantidades destinadas a los servicios que sirven de fundamento a la labor diaria de los ministerios de salud y sus distintas dependencias en los Gobiernos.

Al hacer referencia a los aumentos que se proponen en materia de enseñanza y adiestramiento, dijo el Dr. Horwitz que la labor de la Organización Panamericana de la Salud se encamina a asesorar a determinadas escuelas profesionales y al perfeccionamiento del personal técnico. Para este último fin, la Oficina Sanitaria Panamericana concede anualmente alrededor de 500 becas, número que está por debajo de las crecientes demandas de los Gobiernos a este respecto. Los esfuerzos realizados para aumentar el número de becas, mediante la obtención de fondos extrapresupuestarios, no han producido hasta ahora los resultados apetecidos.

Se refirió seguidamente el Director a la partida de planeamiento y coordinación de investigaciones científicas, actividad iniciada en 1961 con la creación de una oficina encargada de dichas funciones. Oportunamente se informó a la XIII Reunión del Consejo Directivo<sup>1</sup> de que se había llegado a un acuerdo con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América sobre la organización de una oficina de investigaciones médicas, cuyos proyectos podrían ser financiados por los Institutos Nacionales de Higiene cuando cumplieran los requisitos establecidos por éstos en su programa de investigación científica. El próximo mes de junio se celebrará en Washington la primera reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas, que examinará una serie de proposiciones relacionadas con los problemas de mayor importancia en la actualidad.

Expuso el Dr. Horwitz las medidas adoptadas por la Oficina Sanitaria Panamericana para alcanzar las metas de la Carta de Punta del Este relacionadas con la salud. Esta finalidad requiere la formulación de planes de salud como parte del proceso general de desarrollo de los países. Varios Gobiernos han solicitado ya el asesoramiento de la Oficina en cuanto a la forma de dar una mejor orientación a los recursos nacionales. De ser aprobado el actual proyecto de presupuesto, la Organi-

zación contará, en 1963, con un total aproximado de \$ 100.000 para los servicios de planificación.

Después de hacer referencia a la necesidad de incorporar las funciones de salud al proceso general de desarrollo, señaló que es urgente fomentar la investigación científica para que los economistas y los hombres de Estado puedan ver con mayor claridad la relación que existe entre aquéllas y el desarrollo nacional. En los últimos años ha habido una larga serie de proyectos de investigación para demostrar que la educación constituye una inversión y no un gasto, pues contribuye a aumentar la productividad y, por lo tanto, a fomentar el desarrollo económico de los países. Sin embargo, no se han llevado a cabo unos proyectos similares en relación con las funciones de salud, cuya importancia para el desarrollo económico es fundamental.

Recordó el Dr. Horwitz que, desde hace largo tiempo, la Organización Panamericana de la Salud viene insistiendo en la urgencia de coordinar la actuación de los Ministerios en cuanto a los problemas de hondo contenido social relacionados con la salud. Es preciso llegar a la elaboración de planes integrados de desarrollo, para aplicar debidamente los recursos de que se disponga en los países y los que se obtengan del capital exterior.

Señaló que el Documento CE46/4 es el resultado de las consultas mantenidas con los Gobiernos después de haber sido aprobado, como anteproyecto de programa y presupuesto para 1963, el contenido en el *Documento Oficial No. 35*. En el anteproyecto se solicitó un aumento de poco más de un 9 % en relación con el presupuesto de 1962. De esa cantidad, el 4 % correspondía al aumento normal de los costos y el 5 % a la expansión de actividades, de acuerdo con las peticiones de los Gobiernos. Posteriormente, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una nueva escala de sueldos para todo su personal, que fue adoptada también por el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud y, previa consulta a los miembros del Comité Ejecutivo, por la Organización Panamericana de la Salud. Este aumento de sueldo representa un incremento de \$ 250.000 en el presupuesto.

Finalmente, expuso el Dr. Horwitz los cambios introducidos en la estructura de la Sede de la Organización, de los que resulta una definición más clara de las funciones correspondientes a los dos colaboradores inmediatos del Director que, con arreglo a la revisión de la Constitución aprobada por la

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 426-427.

XIII Reunión del Consejo Directivo,<sup>1</sup> reciben ahora los títulos de Director Adjunto y Subdirector. El Director Adjunto, que es el Dr. John C. Cutler, tiene a su cargo la coordinación de todo el trabajo de campo; y el Subdirector, Dr. Víctor A. Sutter, está al frente de la coordinación de las actividades técnicas de la Sede. Además, están las Oficinas de Planificación y de Coordinación de Investigaciones, que dependen del Director, y la Oficina de Evaluación e Informes, dependiente del Subdirector. Se ha hecho una serie de modificaciones en los distintos departamentos, y se ha constituido como departamento independiente el de Estadísticas de Salud que antes dependía del Departamento de Enfermedades Transmisibles.

A continuación el Dr. Portner (Jefe de Administración, OSP) expuso en detalle las partidas del proyecto de presupuesto que figuran en el *Documento Oficial No. 35*, con las modificaciones introducidas en el Documento CE46/4.

Comenzó el Dr. Portner por señalar que la suma total prevista para las actividades conjuntas de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en el año 1963, se eleva a unos \$ 14.500.000. De ese total, la parte correspondiente al presupuesto ordinario de la Organización Panamericana de la Salud es de \$ 5.990.000.

De los cinco títulos en que se divide el presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, el primero se refiere a las reuniones de los Cuerpos Directivos y a los servicios relacionados con las actividades de éstos. Al comparar las cifras del Documento CE46/4 con las que figuran en el *Documento Oficial No. 35* se observa una reducción de \$ 25.752 entre la cantidad de \$ 229.850, que ahora se propone, y la de \$ 255.602 que se propuso inicialmente.

El Título II del proyecto de presupuesto corresponde a las oficinas y actividades de la Sede. Para ellas se propuso, en el *Documento Oficial No. 35*, el total de \$ 1.658.221, cantidad que ahora se eleva en \$ 54.977, a un total de \$ 1.713.198.

El Título III del presupuesto abarca las actividades de campo y las Oficinas de Zona. Para ellas se propuso en el *Documento Oficial No. 35* la cantidad de \$ 3.338.677, y en el Documento

CE46/4 se proponen \$ 3.559.452, cantidad que representa un aumento de \$ 220.775.

En cuanto al Título IV, correspondiente al Fondo Especial para el Fomento de la Salud, se mantiene la cantidad inicial de \$ 187.500. También en el caso del Título V, referente a la cantidad para incrementar el Fondo de Trabajo, se mantiene la suma de \$ 300.000, que fue propuesta inicialmente.

En los totales generales, se observa que, en el *Documento Oficial No. 35*, la cifra correspondiente era de \$ 5.740.000, que en el Documento CE46/4 se aumenta a \$ 5.990.000. Esta diferencia, de \$ 250.000, es necesaria para cubrir el aumento aprobado este año en los sueldos de los funcionarios.

Señaló a continuación el Dr. Portner que una organización dinámica requiere cambios en su programa para hacer frente a las nuevas situaciones y emprender nuevas actividades, o introducir modificaciones en el ritmo y amplitud de las que se vienen desarrollando, según lo aconsejen las circunstancias. El Documento CE46/4 recoge los cambios introducidos en las oficinas de la Sede, dando cuenta detallada de los puestos suprimidos en algunos servicios y de las nuevas unidades establecidas. Los puestos suprimidos son fundamentalmente de tipo administrativo y reflejan los constantes esfuerzos para introducir economías a la vez que, mediante modificaciones estructurales, se procura incrementar la eficacia de los servicios.

La cifra mayor en el presupuesto corresponde al Título III, que es el de los programas de campo y otros. A él corresponde también el mayor de los aumentos que se propone y que representa \$ 451.854 en relación al presupuesto de 1962. Este aumento refleja los cambios introducidos en el programa. Destacan entre ellos los pertenecientes al campo de la nutrición (AMRO-54) para el que se propusieron inicialmente \$ 73.623 y ahora se proponen \$ 94.494. Lo mismo ocurre en el campo de la ingeniería sanitaria, pues para el programa AMRO-209 se propusieron inicialmente \$ 17.070 y ahora se proponen \$ 37.194. Para el programa AMRO-45, referente a servicios de laboratorio, se proponen \$ 33.368, con el fin de ampliar las actividades de asesoramiento y preparación de personal. En cuanto a los aspectos de salud pública relacionados con la vivienda, a los que se dedica el programa AMRO-62, en el *Documento Oficial No. 35* se propusieron \$ 12.541 y en el Documento CE46/4 se proponen \$ 52.485. El aumento de \$ 39.944 refleja la expan-

<sup>1</sup> *Documento Oficial de la OPS 41, 42.*

sión de las actividades en esa esfera, con el fin de facilitar servicios de asesoramiento en la planificación a largo plazo de colectividades y zonas urbanas, el establecimiento de normas en materia de vivienda y la solución de los problemas creados por las viviendas que no reúnen las condiciones adecuadas.

Después de referirse a los aumentos introducidos en los programas de control de la lepra, atención médica y organización de hospitales, así como en los servicios de planificación, el Dr. Portner finalizó su exposición señalando el aumento de costos por servicios comunes, que se eleva a \$ 43.912. La parte principal de este incremento corresponde al alquiler de nuevos locales para la Sede.

Al terminar la presentación del proyecto de presupuesto, el Comité Ejecutivo analizó las distintas partidas del mismo y, con tal motivo, se formularon diversas preguntas y observaciones.

El Dr. Bravo (Chile) felicitó al Director por la preparación del proyecto sometido a la consideración del Comité y por la orientación dada al programa y presupuesto de la Organización. Destacó especialmente la importancia de desarrollar la Oficina de Planificación y expresó el criterio de que los servicios de planificación y los de evaluación debieran estar bajo la supervisión de un mismo funcionario. Asimismo, hizo observar la conveniencia de que se uniforme la terminología administrativa ya que, en la actualidad, los títulos de división, subdivisión y departamento se atribuyen en distintas organizaciones nacionales e internacionales a unidades de diverso nivel jerárquico, por lo que es fácil incurrir en confusiones.

El Dr. Angulo (Colombia), refiriéndose al organograma de la Oficina Sanitaria Panamericana, que se había distribuido con el Documento CE46/4, manifestó que debiera aparecer en éste la existencia de un contacto permanente entre los departamentos técnicos y las diferentes Zonas o servicios que dependan de la Oficina Sanitaria Panamericana. Finalmente, felicitó al Director por la preparación del programa y presupuesto.

El Dr. Bravo (Chile), el Dr. Bertolini (Uruguay), el Dr. Díaz del Pinal (El Salvador) y el Dr. Angulo (Colombia), señalaron la conveniencia de que, para futuras reuniones del Comité Ejecutivo, se estudie el nivel de las dietas que perciben los miembros del Comité, a fin de ponerlo más en relación con las circunstancias actuales.

El Sr. Hills (Observador, Estados Unidos de América) aplaudió la iniciativa del Director consistente en relacionar los problemas presupuestarios de la Organización con las necesidades del programa, y expresó su convicción de que los miembros del Comité pueden efectuar una importante contribución estudiando a fondo las cuestiones presupuestarias y administrativas sometidas a su examen. Citó a este respecto el criterio formulado por el Honorable Harlan Cleveland, Subsecretario de Asuntos de las Organizaciones Internacionales, ante la Comisión de Relaciones Exteriores del Senado norteamericano. Señaló que ya ha pasado el período inicial de organización y experimentación de los organismos internacionales, y que ha llegado el momento de examinar con espíritu crítico los aciertos y fracasos del pasado, de establecer un sentido claro de dirección (que no existió en los primeros años de estas actividades), y de aclarar los objetivos y descubrir la forma de movilizar, organizar y aplicar con más eficacia los medios disponibles. Manifestó su opinión de que éste es el criterio que se adoptará en los Estados Unidos de América para el tratamiento de los problemas presupuestarios y administrativos, siendo interesante para el Comité Ejecutivo tomar nota de él. Por último, el Sr. Hills solicitó cifras detalladas sobre el número total de puestos financiados con todos los fondos de la OPS.

El Dr. Lynch (Perú) solicitó que se ampliase la información sobre la Oficina de Planificación. En cuanto al proyecto AMRO-60, relativo a la erradicación de la viruela, mostró extrañeza ante la disminución propuesta de \$ 13.735, por supresión de las partidas correspondientes a un seminario cuya finalidad era revisar el concepto de erradicación, estimular la terminación de los programas que están en marcha y elevar el nivel de inmunidad en aquellos países que no tienen hoy viruela pero que pueden verse afectados en el futuro. Propuso que en el próximo presupuesto se vuelva a incluir dicho seminario, iniciativa que fue apoyada por el Representante de Nicaragua.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) felicitó al Director por la intervención de la Oficina Sanitaria Panamericana en los problemas de educación médica, y subrayó la necesidad de que se asesore a los Gobiernos para que se coordinen adecuadamente las funciones correspondientes, en este campo, a los departamentos de salubridad y a los de asistencia

social de los respectivos países. Con referencia al Título V del presupuesto, (cantidad para incrementar el Fondo de Trabajo), el Representante de Nicaragua preguntó cuál era el porcentaje de dicho Fondo con respecto al total del presupuesto y hasta cuándo se calculaba mantener ese título.

El Dr. Portner (Jefe de Administración, OSP) contestando a las preguntas del Dr. Sánchez Vigil, manifestó que, a fines de 1961, el Fondo se elevaba, en cifras redondas, a \$ 1.700.000, algo más del 32 % del presupuesto de 1962. Añadió que se necesitarán varios años para alcanzar el objetivo señalado por el Consejo Directivo al decidir que se incluya esta partida en el presupuesto a fin de ir aumentando gradualmente el Fondo de Trabajo hasta que éste llegue al nivel del 60 % del presupuesto autorizado.

En cuanto al deseo expresado por el Sr. Hills, el Dr. Portner presentó los datos siguientes:

	1963-Documento Oficial No. 35	1963 Estimados revisados	Diferencia
Profesionales .....	570	574	4
Personal de secretaría (local)	465	475	10
	1.035	1.049	14
Sede .....	258	256	(2)
Oficinas de Zona .....	83	84	1
Proyectos interpaises .....	414	432	18
Proyectos en los países .....	280	277	(3)
Total .....	1.035	1.049	14

Añadió el Dr. Portner que hay disminuciones en el personal financiado con fondos del presupuesto ordinario de la OPS, pero aumentos en el financiado con otros fondos de la OPS, en su mayor parte funcionarios destinados al programa de erradicación de la malaria, al INCAP y al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa.

El Dr. Horwitz (Director, OSP) cerró el debate manifestando que la Oficina de Planificación asesorará a los Gobiernos que lo deseen en la formulación de los planes nacionales de salud, proporcionándoles asimismo oportunidades para la capacitación, adiestramiento y perfeccionamiento de sus propios técnicos. Además, dicha Oficina colaborará con los organismos internacionales que tengan a su cargo el análisis de los aspectos de salud

pública de los planes generales de desarrollo. Finalmente, la Oficina de Planificación desempeñará funciones de coordinación de las actividades de los distintos departamentos técnicos de la OSP en el examen de los planes nacionales de salud. Señaló el Dr. Horwitz que un estudio más avanzado de la oficina cuya creación se proponía, supondría probablemente la presencia de unos 12 técnicos: administradores de salud pública, expertos en planificación y dotados de preparación universitaria, un sociólogo, economistas, y el personal administrativo indispensable. Este núcleo habría de relacionarse con todos los técnicos de la Organización al analizar un plan nacional de salud, debiendo tener, permanentemente actualizada, una lista de expertos, de diferentes países, capaces de ponerse a disposición de los Gobiernos cuando éstos los necesitaran para preparar o perfeccionar sus planes nacionales de salud.

Insistió el Dr. Horwitz en la preocupación que siente la Oficina por las cuestiones de saneamiento del medio y, entre ellas, por los programas de construcción de viviendas que se llevan a cabo o se proyectan en distintos países del Continente, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo. Subrayó que, al hablar de salud en el problema de la vivienda, no hay que limitarse a los aspectos habituales de saneamiento, provisión adecuada de agua y de servicios de desagüe, sino considerar incluso los problemas de higiene mental relacionados con la vivienda colectiva, sin descuidar los relativos a alumbrado, ventilación, recreo, mercados, etc.

Señaló el Dr. Horwitz la disociación que parece advertirse en los países de las Américas entre los ministerios de salud y los organismos del Estado que tienen a su cargo la construcción de viviendas colectivas, y ofreció presentar a la consideración de la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana un informe sobre esta cuestión, basado en la investigación que realice al respecto en algunos de dichos países el Profesor Abel Wolman, de la Universidad Johns Hopkins, en unión del Jefe del Departamento de Saneamiento del Medio de la OSP. Anunció que la Oficina busca activamente un experto que inicie la organización de una unidad dedicada a estos problemas, posiblemente un arquitecto con experiencia en los problemas ambientales de la vivienda o un ingeniero con la debida experiencia. Expresó su confianza en obtener, para la realiza-

ción de tales propósitos, fondos extrapresupuestarios a fin de que, al igual que en el caso del programa de abastecimiento público de agua, se pueda llevar a cabo en el Continente una labor eficaz en problema tan fundamental.

Precisó el Dr. Horwitz que el interés que muestran los Gobiernos por esta iniciativa puede dar lugar también a la asignación de partidas cada vez mayores en el presupuesto ordinario.

Terminado el análisis, partida por partida, de las cifras del presupuesto y los proyectos correspondientes, el Comité Ejecutivo acordó constituir un grupo de trabajo integrado por el Dr. Angulo (Colombia), el Dr. Bravo (Chile) y el Dr. Bertolini (Uruguay) con el encargo de estudiar los aspectos administrativos referentes a las asignaciones a los miembros del Comité Ejecutivo que concurren a distintas reuniones de la OPS y de presentar el correspondiente proyecto de resolución sobre el proyecto de programa y presupuesto de la OPS para 1963.

En la séptima sesión, el grupo de trabajo presentó dos proyectos de resolución sobre los temas antes indicados, y el Comité aprobó por unanimidad las dos resoluciones siguientes:

#### RESOLUCIÓN II

El Comité Ejecutivo,

Habiendo estudiado detenidamente el anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963, contenido en el *Documento Oficial No. 35*, con las modificaciones al mismo que figuran en el Documento CE46/4, preparados ambos por el Director;

Teniendo en cuenta que la XIII Reunión del Consejo Directivo, en su Resolución VI, reconoció que el anteproyecto de programa y presupuesto para 1963, contenido en el *Documento Oficial No. 35*, comprendía proyectos de salud pública muy necesarios y bien planeados;<sup>1</sup>

Teniendo en cuenta que las modificaciones que figuran en el Documento CE46/4 fueron introducidas después de haber celebrado consultas con cada Gobierno, reflejan los últimos requerimientos y deseos que se conocen de dichos Gobiernos y tienen debidamente en cuenta la prioridad de las necesidades;

Teniendo en cuenta además que el programa modificado refleja la especial atención que se concede a la planificación nacional en materia de salud como parte integrante de los planes de desarrollo social y económico proyectados de conformidad con la Carta de Punta del Este; y

Considerando lo dispuesto en el párrafo C del Artículo 14 de la Constitución de la Organización Panamericana de la

Salud y en los párrafos 3.5 y 3.6 del Artículo III del Reglamento Financiero de la misma Organización,

#### RESUELVE:

1. Someter a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana el proyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963, preparado por el Director (*Documento Oficial No. 35* y Documento CE46/4), junto con las observaciones formuladas por este Comité (Punto 2 del Documento CE46/15, Rev. 1).
2. Recomendar a la Conferencia que fije el nivel del presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963 en la cantidad de \$ 5.990.000.

#### RESOLUCIÓN III

El Comité Ejecutivo,  
Visto lo dispuesto en el párrafo B del Artículo 17 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Teniendo presente la Resolución VII de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana;

Habiendo tomado nota de la Resolución WHA14.5 de la 14ª Asamblea Mundial de la Salud, en la que se dispone:

- "1) Que las dietas de los miembros del Consejo Ejecutivo sean de \$ 23 cuando la reunión se celebre en Ginebra, de \$ 30 cuando se celebre en Nueva York, y de la cuantía que el Consejo fije y que no excederá del equivalente de \$ 23 cuando se convoque en cualquier otro lugar; y
- 2) Que los miembros del Consejo Ejecutivo devenguen esas dietas durante el necesario viaje de ida y vuelta al lugar de reunión y durante la reunión y que su importe en los viajes por mar sea de \$ 10 por día completo (de doce de la noche a doce de la noche)".<sup>3</sup>

#### RESUELVE:

Solicitar del Director de la Oficina que tome las medidas necesarias para elevar el viático de los miembros del Comité Ejecutivo a la suma de \$ 30,00 (treinta dólares) diarios y que, en consecuencia, introduzca en el proyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963 las cantidades suficientes para financiar este gasto.

#### 3. Informe sobre las actividades de la Organización Panamericana de la Salud derivadas de la Carta de Punta del Este

Este tema se examinó en la tercera, quinta y séptima sesiones plenarias. El Dr. Horwitz (Director, OSP) al presentar el Documento CE46/12,<sup>4</sup> comenzó refiriéndose a las actividades que la Orga-

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 14, 654.

<sup>3</sup> Act. of. Org. mund. Salud 110, 2-3.

<sup>4</sup> Documento mimeografiado.

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 21.

nización Panamericana de la Salud ha estado desarrollando de acuerdo con el espíritu y la letra de la Carta de Punta del Este, durante el período relativamente corto que ha transcurrido, ya que aquella Carta se firmó en agosto de 1961. Mencionó las distintas partes del citado documento relacionadas con los aspectos de salud. Así, en el Título Primero, que define los objetivos de la Alianza para el Progreso, el párrafo 8 se refiere directamente a las actividades de salud; la Resolución A.2 (Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso), aparece como un anexo del documento; y el párrafo 4 de la Resolución A.4 (Grupos de estudio para tareas de programación)<sup>1</sup> señala que se le encarga a la Oficina Sanitaria Panamericana que organice los grupos de estudio sobre los problemas de salud.

Manifestó el Director que, en realidad, la tesis esencial de la Carta de Punta del Este radica en la necesidad de promover el desarrollo económico y el progreso social simultáneamente, es decir, la necesidad de cambiar la costumbre y los métodos en el sentido de que desarrollo y progreso social deben ser hoy en día caras de una misma moneda. De ahí que—en cumplimiento de las funciones que específicamente se le asignaron a la Organización—se ha preparado el Documento CE46/12 que sigue las líneas generales de la metodología de la citada carta, señalándose las que podrían llamarse medidas de efecto inmediato—porque ya existían y había que ampliarlas y extenderlas—y los proyectos de ejecución progresiva que culminan con la planificación en materia de salud; pues fue obvio, en los debates de la Conferencia de Punta del Este que originaron ese documento histórico, el interés de los Gobiernos no sólo de no interrumpir lo que ya se estaba haciendo para formular planes nacionales de salud, sino, por el contrario, de hacerlo extensivo a nuevas comunidades que tuvieran necesidades similares.

Añadió el Dr. Horwitz que en el Informe Cuadrienal y en el Informe Anual, correspondiente a 1961, que se presentarán a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, se describen las actividades desarrolladas y las perspectivas futuras en esos aspectos. Señaló a este respecto que el Programa General de Trabajo de la Organización se ha ido

ampliando intensamente en la medida que han permitido sus limitados recursos. Citó los progresos alcanzados en la erradicación de la malaria, del vector urbano de la fiebre amarilla, de la viruela y de la frambesia, así como la ampliación de los programas contra la tuberculosis, la lepra, y la enfermedad de Chagas, y las actividades iniciadas en materia de cáncer y enfermedades cardiovasculares. Señaló, por otra parte, que las organizaciones nacionales de salud están mejorándose y ampliándose por obra directa de los Gobiernos, en la medida en que aumentan los técnicos bien formados en materia de salud, y que están influyendo sobre clínicos y políticos, quienes ya consideran la salud en su real perspectiva biológica y social.

Manifestó seguidamente el Director que se están desarrollando amplios programas en la formación de auxiliares, sobre todo de enfermería y de saneamiento. En este último aspecto, dio lectura a un cable que se acababa de recibir de la Oficina de la Zona VI, en Buenos Aires, dando cuenta de que en la sesión inaugural de la Tercera Asamblea de Gobernadores del Banco Interamericano de Desarrollo, celebrada el 23 de abril en Buenos Aires, el Director del Banco expresó el reconocimiento de dicha Institución a la Oficina Sanitaria Panamericana por las inversiones en los programas de desarrollo social, particularmente en el campo de saneamiento, señalando que el Banco pudo participar en 23 proyectos, con una inversión de \$ 127.000.000, que benefician a 10 millones de habitantes del Continente, lo que se ha realizado en un año, contribuyendo a la solución de problemas de abastecimiento de agua o de desagüe en las siguientes ciudades: Cali, Cúcuta, Medellín, Cartagena, Concepción, Talcahuano, Quito, Puerto Barrios, Arequipa, San Salvador, Río de Janeiro y seis capitales estatales del Brasil (Salvador, Recife, Natal, Maceió, San Luis y Teresina), y además en 500 localidades rurales pequeñas de México, El Salvador, Guatemala, Brasil y Venezuela. El Presidente del Banco declaró textualmente: "Hemos encontrado valiosa ayuda para los efectos de la preparación y evaluación de los proyectos respectivos en la Oficina Sanitaria Panamericana, cuya eficiencia técnica es bien reconocida en todos nuestros países miembros".

Comentó el Director que con ello se pone de manifiesto que no es imposible cumplir en las zonas urbanas con los propósitos de la Carta, pero que, en

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OEA, Ser. H/XII.1 (esp.) 1961, págs. 11, 30-32, 35.



materia de saneamiento del medio, queda mucho por hacer en las áreas rurales, por lo menos para lograr la mayor proporción posible de lo que los Gobiernos se comprometieron a hacer en Punta del Este. Sin embargo—agregó—dado que las posibilidades presupuestarias de la Organización son muy limitadas para seguir extendiendo esa acción, deben proseguirse los esfuerzos para lograr una mayor coordinación con todos los organismos internacionales, a fin de llevar a la práctica los objetivos de la Carta en materia de salud.

Se refirió después a los proyectos de ejecución progresiva, concentrando su atención en la Resolución A.4 (Grupos de estudio para tareas de programación), y señaló a este respecto que no era posible traer un solo grupo de expertos para que analizara los problemas continentales en el campo de la salud y recomendara las medidas aconsejadas por la experiencia. Por ello se convocó a cinco grupos asesores en saneamiento del medio, en atención médica, en enseñanza de la medicina, en nutrición y en planificación en materia de salud, grupos que estuvieron constituidos por técnicos procedentes de la Organización y de organismos bilaterales y privados. En el curso de los cuatro primeros meses del año, alrededor de 100 expertos estuvieron en la OSP debatiendo estas materias. Los informes de dichos grupos asesores, una vez revisados, serán sometidos a los Gobiernos.

Añadió el Director que seguía vigente la idea de celebrar una conferencia de ministros de salud pública para que examine la importancia de la salud en el proceso general del desarrollo, los problemas fundamentales, los métodos para resolverlos, la responsabilidad nacional e internacional y los aspectos relativos al financiamiento. Por otra parte, el personal de la Organización, en algunos casos con la colaboración de asesores, ha preparado documentos sobre higiene maternoinfantil, malaria, viruela, tuberculosis, lepra, treponematosi, esquistosomiasis y peste. Será necesario resumir el contenido de estos informes en un documento que podría designarse "La Salud en las Américas a la luz de la Carta de Punta del Este", que servirá de consulta a los distintos Gobiernos para adaptar sus conclusiones y recomendaciones a las necesidades de los respectivos países.

Finalmente expresó el Director que la planificación en materia de salud es el instrumento fundamental que la Carta sugiere para cumplir con los

objetivos en este campo, y acerca de ello se había presentado un documento especial a esta reunión, que se examinaría bajo el tema 9 (Unidad de planificación de la OPS). En él se da cuenta del fortalecimiento de los servicios de planificación de la Oficina. Por otra parte, se han concluido las negociaciones con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, fundado bajo la égida de la CEPAL, con sede en Santiago de Chile, y el próximo octubre comenzará el primer curso intensivo de adiestramiento, de tres meses de duración. La Organización ha dispuesto conceder en principio 20 becas por año, una por cada país, para dicho curso, que desarrollarán economistas y técnicos de salud, con el propósito de que en los próximos cinco años se logre preparar a 100 o más expertos en planificación.

También se han iniciado negociaciones con la Universidad Johns Hopkins, a fin de organizar un curso similar para técnicos de habla inglesa. Además, en colaboración con el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), de la Universidad Central de Venezuela, se ha preparado ya un manual sobre los principios y métodos de la planificación, que va a ser ensayado en el Estado Aragua de dicho país; y, por último, se han recibido ya solicitudes de dos Gobiernos del Continente pidiendo los servicios de expertos para formular su propio plan nacional de salud.

El Director terminó diciendo que la Organización está abierta a toda iniciativa en materia de investigaciones científicas respecto a la formulación de planes integrales de desarrollo y bienestar, en cuyo campo consideró que no existe experiencia suficiente, por lo que será necesario realizar en algunas zonas estudios de metodología en esta materia, que sirvan de base en el futuro para reajustar y mejorar los planes nacionales que hoy en día se preparan.

El Presidente felicitó al Director por su exposición altamente interesante de un aspecto fundamental en el desarrollo económico y social de las Américas, ya que los objetivos de la Carta de Punta del Este en el campo de la salud tienen unos alcances amplios y, para cumplirlos, reviste una importancia de primer orden planificar los diversos aspectos, tanto en materia de abastecimiento de agua como en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad, la erradicación o el control de las enfermedades transmisibles, la nutrición, el perfec-

cionamiento y la formación de personal auxiliar de salud, el mejoramiento de los servicios básicos de salud pública a nivel nacional y local, y la intensificación de las investigaciones científicas.

El Dr. Lynch (Perú) expresó asimismo su satisfacción respecto al informe presentado por el Director. Estimó que el desarrollo económico y social, como había señalado el Dr. Horwitz, entrafía dos campos de acción estrechamente relacionados entre sí para la ejecución de los principios que determinaron la Alianza para el Progreso; más aún, consideró que debe dedicarse mayor atención, en los primeros años del plan decenal, al desarrollo social que al económico, pues las repercusiones de este último son mucho más lentas y tardarán muchos años en sentirse. En cambio, la labor de desarrollo social tiene un efecto casi inmediato, por lo que debe darse prioridad a esta última dentro de la interdependencia de ambas.

Expresó el orador que, en este aspecto, la Organización Panamericana de la Salud está realizando una labor muy meritoria, pero sería conveniente que hubiera una relación más estrecha entre la Oficina y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), el organismo encargado de llevar adelante los planes de la Alianza para el Progreso, a fin de que se preste mayor atención a la salud pública, toda vez que en los primeros años de ejecución de dichos planes debiera darse prioridad a los aspectos sociales del desarrollo, es decir, a la salud pública, la educación y la vivienda.

El Dr. Bravo (Chile) dijo que la exposición hecha por el Director refleja los progresos realizados, en materia de salud, en relación con los planes enunciados en la Carta de Punta del Este. Destacó que la parte que se refiere a salud pública en esa Carta, así como las resoluciones complementarias, que han fijado normas y pautas de trabajo para la planificación en dicha materia, se debieron, casi fundamentalmente, a las gestiones hechas por la OSP, y muy especialmente por su Director.

Agregó el Dr. Bravo que la metodología de la planificación tiene que ser aplicada en la práctica por los países de la Organización de acuerdo con las realidades locales y estableciendo las prioridades indispensables, porque es evidente que el financiamiento no puede ser simultáneo. Así, refiriéndose a la experiencia en Chile, dijo que al empezar a planificar se van observando las deficiencias de la información estadística disponible, con inconsecuen-

cias en la organización administrativa e incluso en los aspectos de orden financiero. Por ello, a fin de reunir la información básica indispensable, estimó que era necesario realizar una encuesta de la situación medicosocial nacional y poder exponerla en una forma ordenada, coordinada y clara, que sirva de base para el planeamiento futuro. Indicó que para ello es conveniente que los informes de los grupos de asesores que ha reunido la Oficina sean puestos a la disposición de los países, así como el manual sobre los principios y métodos de planificación, que puede servir de guía para suplir en parte la falta de planificadores que actualmente acusan los distintos países.

Añadió el orador que en Chile se ha creado recientemente una Unidad Planificadora y de Evaluación, y existe ya un grupo formado fundamentalmente por médicos con preparación en salud pública y con conocimientos de planificación, con la colaboración de enfermeras, asistentes sociales y juristas, esperándose que en el futuro se complementen con un sociólogo y un antropólogo. Este grupo estará encargado de elaborar la información básica, coordinar las iniciativas de los distintos grupos técnicos y presentar a una comisión de planificación, formada por todos los jefes a un más alto nivel técnico, los elementos de juicio necesarios para que la Comisión defina la política y establezca los planes coordinados de salud para el país. En este sentido, consideró que los cursos para planificadores, anunciados por el Director, son de la mayor importancia.

Terminó diciendo que por tales razones consideraba trascendentales los planes enunciados en la Carta de Punta del Este, y deseaba resaltar la orientación muy definida, progresista y adecuada que el Director ha sabido imprimir a las actividades de la OSP para aportar su contribución a un programa de tanta importancia para todo el Continente.

El Dr. Bertolini (Uruguay) se unió a las felicitaciones expresadas al Director por su exposición y recordó que, estando en Punta del Este, el Dr. Horwitz tenía enorme preocupación porque se incluyera en los enunciados de la Carta alguna recomendación o declaración con respecto a los problemas de la salud, y aludió a la brillante intervención que tuvo el Director en ese sentido. Dijo que en el espacio de los ocho meses transcurridos no se puede exigir más de lo que se ha hecho, ya que se han

puesto en marcha las actividades fundamentales. Añadió que en su país se está en vías de formar un Comité de Planificación para estudiar todos estos aspectos, y se requerirá que la OSP preste su apoyo mediante asesores, dada la escasez de especialistas en planificación que existe en el país. Terminó proponiendo que se formulara una recomendación explícita a los Gobiernos en el sentido de que establezcan, si no lo han hecho ya, comisiones de planificación en salud con el propósito de elaborar los planes enunciados en la Carta de Punta del Este.

El Dr. Angulo (Colombia) felicitó igualmente al Director por la eficiente labor realizada en relación con la Carta de Punta del Este. Manifestó que, en materia de planificación, en cada uno de los 13 Ministerios existentes en su país hay una oficina de esa índole, y además hay un departamento nacional de política económica que coordina las actividades de los 13 Ministerios. Añadió que esto permitió a su país llevar a la reunión de Punta del Este un plan decenal de salud pública que abarca el período de 1962 a 1971. Dicho plan prevé una inversión de mil millones de dólares y tiende a la creación de distritos integrados de salud pública, encargados de todas las actividades de prevención de las enfermedades y fomento de la salud en zonas que abarquen, cada una, 100.000 habitantes aproximadamente.

Añadió el orador que, en Colombia, por lo que se refiere a la planificación, el Ministerio de Salud Pública está en estrecha relación con los demás Ministerios y muy especialmente con el de Educación, que ha sido el colaborador más útil en la planificación en materia de salud, porque ha comenzado por reformar la preparación de los maestros implantando la cátedra de salud pública en todas las escuelas normales.

Terminó diciendo que a pesar de los grandes esfuerzos que se están haciendo en su país en orden a la planificación, hay gran escasez de personal, por lo que las 20 becas anunciadas por el Director para la América Latina serán de gran provecho.

El Sr. Salzman (Observador, OEA) informó sobre la experiencia obtenida por la Organización de los Estados Americanos en los últimos meses en la organización de sus actividades relacionadas con la Alianza para el Progreso, señalando que su tarea principal en ese sentido, como ya explicó el orador en la última reunión del Consejo Directivo, es la de ayudar en la planificación económica y social de los

países latinoamericanos y enviar misiones generales encargadas de facilitar asistencia técnica para el establecimiento de servicios de planificación y el desarrollo mismo de los planes. Agregó que todos estos programas se ejecutan de acuerdo con las normas establecidas por una comisión tripartita de la Organización de los Estados Americanos, la Comisión Económica para América Latina y el Banco Interamericano de Desarrollo. La OEA ha sostenido la necesidad de que dichas misiones generales comprendan expertos en los campos sociales, y en el caso de una, que se está organizando a solicitud del Gobierno del Uruguay, se va a incluir un experto en salud pública. Estimó que esto establecerá un precedente para la organización de tales misiones en otros países y expresó la esperanza de que la Oficina Sanitaria Panamericana cooperaría, con su asesoramiento, en la determinación de las funciones que habrá de desempeñar dicho experto.

El Dr. Horwitz (Director, OSP) puso de relieve la importancia del aspecto mencionado por el Observador de la OEA, y añadió que el Banco Mundial ha incluido a tales expertos en salud pública en las misiones de carácter económico enviadas a diversos países. A este respecto, señaló que mientras la OSP conserve su autonomía dentro de su campo específico, puede muy bien formar parte de misiones económicas, considerando, por tanto, muy satisfactorio el ejemplo del Uruguay citado por el Sr. Salzman, que sería deseable se extendiera a otros países. Señaló a este propósito que tal vez fuera oportuno que en su resolución sobre este tema, el Comité expresara la conveniencia de que la Oficina Sanitaria Panamericana sea incorporada plenamente a toda actividad, misiones, estudios, etc., que, en relación con el desarrollo económico y el progreso social emprendan organizaciones internacionales como la OEA, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Comisión Económica para América Latina, así como organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que estén actuando en este terreno.

Al concluir el debate se acordó constituir un grupo de trabajo integrado por el Dr. Bravo (Chile), el Dr. Lynch (Perú), y el Dr. Bertolini (Uruguay), para que preparará un proyecto de resolución sobre este tema.

El grupo de trabajo presentó el proyecto correspondiente en la séptima sesión, y el Comité aprobó por unanimidad la siguiente:

## RESOLUCIÓN IV

El Comité Ejecutivo.

Habiendo examinado el informe del Director sobre las actividades que lleva a cabo la Oficina Sanitaria Panamericana con arreglo a la Carta de Punta del Este (Documento CE46/12); y

Considerando que estas actividades son de importancia para la salud y el bienestar de los pueblos de las Américas,

## RESUELVE:

1. Aprobar con satisfacción el informe del Director sobre las actividades que lleva a cabo la Oficina Sanitaria Panamericana con arreglo a la Carta de Punta del Este (Documento CE46/12).

2. Encomendar al Director que prosiga los programas destinados a cumplir la misión asignada a la Oficina Sanitaria Panamericana en la Carta de Punta del Este.

3. Encomendar al Director que haga todo lo posible para conseguir fondos extrapresupuestarios que contribuyan a sufragar el adiestramiento, en la planificación, de funcionarios de los servicios nacionales de salud, profesores de las escuelas de salud pública, y personal de la Oficina.

4. Encomendar al Director que haga las gestiones necesarias a fin de incorporar plenamente la Oficina Sanitaria Panamericana a toda actividad, misiones, estudios, etc. que sean emprendidos en relación con el desarrollo económico y el progreso social por organizaciones internacionales como la Organización de los Estados Americanos, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina, así como por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que estén actuando en este terreno.

5. Recomendar a los Gobiernos que no lo hayan hecho, que constituyan, a la brevedad posible, las Comisiones de Planificación de la Salud, relacionándolas con las comisiones nacionales de planificación del desarrollo, con el propósito de elaborar los planes a aplicar establecidos en la Carta de Punta del Este, en el programa de la Alianza para el Progreso, y que hagan lo necesario para establecer comisiones de coordinación con los otros organismos de ayuda internacional en el campo de la salud, a fin de conseguir el mejor rendimiento en pro de la salud de los pueblos.

#### 4. Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede

El Dr. Portner (Jefe de Administración, OSP) presentó, en la tercera sesión, el Documento CE46/13<sup>1</sup> relativo a este tema, en el que se daba cuenta de la marcha de las gestiones relativas a la construcción del edificio permanente para la Sede de la

Organización Panamericana de la Salud. Señaló el orador que durante estos últimos meses, el personal de la Oficina, con la excelente colaboración del Sr. James R. Wachob, Presidente del Subcomité Permanente de Edificios y Obras de la OPS, y otros funcionarios del Gobierno de los Estados Unidos de América, se reunió con representantes de los distintos organismos del Distrito de Columbia y del Gobierno Federal—la Comisión de Planificación de la Capital Nacional y la Comisión de Bellas Artes, entre otros—para recabar la autorización de los mismos respecto a los planos del edificio proyectado; altura, accesos, densidad y otros aspectos relacionados con su construcción. La Comisión de Planificación de la Capital Nacional ha aprobado los planos, y la de Bellas Artes, que se ocupa de las cuestiones de diseño, ha dado también su aprobación, en términos generales, al proyecto del edificio presentado por el arquitecto Sr. Fresnedo Siri, que ganó el concurso internacional para el diseño del mismo, celebrado en septiembre de 1961. Quedan algunas cuestiones de detalle que se están examinando actualmente con la citada Comisión; el arquitecto está preparando nuevos planos detallados y se procede a un nuevo cálculo de los costos a base de las informaciones más recientes y de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 4, de la Resolución XV de la XIII Reunión del Consejo Directivo,<sup>2</sup> en relación con la posibilidad de tener que ampliar el edificio ante un aumento del personal de la Oficina.

El Sr. Wachob (Observador, Estados Unidos de América), Presidente del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, señaló que, desde la XIII Reunión del Consejo Directivo, el citado Subcomité se había reunido dos veces, según se daba cuenta en los anexos al Documento CE46/13. La primera reunión tuvo lugar el 12 de diciembre de 1961, y en ella el Director de la Oficina informó acerca del fallo del concurso arquitectónico y presentó el arquitecto ganador, Sr. Fresnedo Siri, a los miembros del Comité. En aquella ocasión, el orador dio cuenta de que se había completado la tramitación correspondiente en el Congreso de los Estados Unidos de América para la adquisición del solar. El Gobierno de dicho país depositó el 20 de octubre en el registro del Tribunal Federal del Distrito de Columbia la suma destinada a la compra del

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 27.

terreno y al mismo tiempo recibió el título de propiedad del solar.

Añadió el Sr. Wachob que la segunda reunión del Subcomité se celebró el 17 de abril, y en ella se dio cuenta de las gestiones realizadas por el personal de la Oficina cerca de los organismos oficiales interesados a fin de conseguir las autorizaciones oportunas para la construcción del edificio. Señaló que en dicha reunión comentó favorablemente la forma y contenido de la presentación de los planos del edificio, hecha por el Dr. Portner, el arquitecto Sr. Fresnedo Siri y otros funcionarios de la Oficina, ante los organismos gubernamentales competentes, lo que había facilitado la aprobación de los mismos. En la misma reunión, el representante de la firma de arquitectos con la que está asociado el Sr. Fresnedo Siri informó acerca del costo de la construcción del edificio, presentando un estimado provisional de \$ 6.060.000. El Subcomité ha interpretado la decisión, sobre esta materia, de la última reunión del Consejo Directivo, en el sentido de que no se requerirá a los Gobiernos de la Organización que efectúen nuevas aportaciones destinadas a la construcción del edificio para la Sede. En el caso de que más tarde resulte que con los fondos actualmente disponibles o previstos no se puede construir un edificio que satisfaga las necesidades a largo plazo de la Organización, el Subcomité consultará con los Cuerpos Directivos sobre esta cuestión.

El Dr. Horwitz (Director, OSP) destacó la valiosa labor realizada por el citado Subcomité y señaló que, para la construcción del edificio, se cuenta fundamentalmente con la generosa contribución de la Fundación W. K. Kellogg, que terminará ascendiendo a \$ 3.750.000, más los ingresos procedentes de la venta de los actuales edificios de la Sede y una cantidad relativamente reducida del Fondo de Reserva para Edificios. Añadió el Director que era natural que en los últimos meses se hubieran introducido modificaciones en el proyecto original para la construcción del edificio, toda vez que éste se prevé que servirá para 20 años, en cuyo período se calcula que el personal de la Sede pasará de 250 a 400 ó 450 miembros. Una vez que se determinen con el arquitecto y la firma asociada a él, las necesidades de espacio, acaso sea preciso consultar con los Gobiernos acerca del financiamiento complementario. Señaló el Director a este respecto que tal vez sería posible recurrir, como en el pa-

sado, a la generosidad de alguna institución privada.

Finalmente, el Comité aprobó por unanimidad la siguiente

#### RESOLUCIÓN V

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado los informes del Subcomité Permanente de Edificios y Obras y del Director sobre la marcha del programa de construcción del edificio para la Sede,

#### RESUELVE:

1. Expresar su agradecimiento al Subcomité Permanente de Edificios y Obras por la labor realizada.
2. Aprobar las medidas tomadas hasta la fecha por el Director y por el Subcomité Permanente de Edificios y Obras con respecto a la construcción del nuevo edificio.
3. Someter los informes del Subcomité y del Director a la consideración de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

#### 5-A. Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Dr. Portner (Jefe de Administración, OSP) presentó, asimismo en la tercera sesión, el Documento CE46/3,<sup>1</sup> sobre este tema. Señaló que las enmiendas introducidas por el Director en el Reglamento del Personal se sometían a la confirmación del Comité Ejecutivo, de conformidad con lo que establece el Artículo 030 del citado Reglamento. Añadió que el Director General de la OMS introdujo cambios análogos en el Reglamento del Personal de la misma, que fueron confirmados por el Consejo Ejecutivo en su 29ª Reunión (Resolución EB29.12).<sup>2</sup>

El Dr. Portner informó que las enmiendas aprobadas se referían principalmente a las nuevas escalas de sueldos para el personal profesional y de ajustes por lugar de destino, así como al subsidio por esposa o esposo y a los subsidios de educación, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas y el Consejo Ejecutivo de la OMS. Algunas de dichas enmiendas fueron comunicadas a los miembros del Comité Ejecutivo, en el pasado mes de diciembre, al recabar por correo su aprobación para la aplicación de las citadas escalas al personal profesional.

A continuación, el Dr. Portner explicó detalladamente el alcance de las modificaciones introdu-

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

<sup>2</sup> Act. of. Org. mund. Salud 115, 10-11.

cidas en los Artículos 210, 220, 230, 235, 250, 255, 330, 450, 810, 820, 830 y 950 del Reglamento vigente.

Seguidamente, el Comité aprobó por unanimidad la siguiente

## RESOLUCIÓN VI

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado las modificaciones al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, presentadas por el Director y contenidas en el Anexo del Documento CE46/3; y

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el Artículo 030 del Reglamento del Personal,

## RESUELVE:

Confirmar las modificaciones al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, presentadas por el Director en el Anexo del Documento CE46/3.

#### 5-B. Sueldos del Director Adjunto y del Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Dr. Horwitz (Director, OSP) señaló seguidamente que la escala de sueldos cuya aplicación acababa de confirmar el Comité Ejecutivo, se refería al personal de los grados P-1 a D-2, pero en ella no estaban comprendidos el Director Adjunto y el Subdirector de la Oficina. El Artículo 230.1 del Reglamento del Personal establece a este respecto que el Director, con la aprobación del Comité Ejecutivo, fijará los sueldos del Subdirector (hoy Director Adjunto) y del Secretario General (hoy Subdirector). La cuestión de los sueldos del Director General Adjunto, Subdirectores Generales y Directores Regionales de la OMS, fue examinada en la 29ª Reunión del Consejo Ejecutivo de dicha Organización, adoptándose una resolución a este respecto.<sup>1</sup> En consecuencia, el Director propuso al Comité que, teniendo en cuenta los sueldos que perciben funcionarios similares en la OMS y la tendencia en los aumentos de la escala últimamente aprobada, el sueldo del Director Adjunto se fijara en \$ 17.900 anuales y el del Subdirector en \$ 16.900 también anuales.

Después de un debate sobre este tema, el Comité aprobó por unanimidad, en la séptima sesión, la siguiente

## RESOLUCIÓN VII

El Comité Ejecutivo,

Considerando lo que dispone el párrafo B del Artículo 21 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, revisada según Resolución XXXVII de la XIII Reunión del Consejo Directivo;<sup>2</sup> y

Teniendo en cuenta las disposiciones de los Artículos 3.1 del Estatuto del Personal y 230.1 del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana,

## RESUELVE:

1. Aprobar la decisión del Director de que el actual Subdirector de la Oficina, Dr. John C. Cutler, sea en lo sucesivo Director Adjunto, y el Secretario General, Dr. Victor A. Sutter, Subdirector.

2. Aprobar la proposición del Director fijando el salario del Director Adjunto en \$ 17.900 por año y el del Subdirector en \$ 16.900 por año.

#### 6. Unidad de Planificación de la OPS

En la cuarta sesión, el Dr. Horwitz (Director, OSP) presentó el Documento CE46/11,<sup>3</sup> redactado en cumplimiento de la decisión adoptada en la 45ª Reunión del Comité Ejecutivo,<sup>4</sup> y que se refiere a la Unidad de Planificación de la Oficina Sanitaria Panamericana. Dicha Unidad fue establecida a fines de 1961 para coordinar y promover la elaboración de planes nacionales y regionales de salud y cooperar con otros organismos que participan en las actividades de desarrollo, con arreglo a lo prescrito en la Carta de Punta del Este. Expresó su complacencia por el hecho de que, a nivel nacional, algunos países hayan organizado o estén organizando sus respectivas unidades de planificación y, a través de ellas, preparen sus programas nacionales de salud, procurando superar las limitaciones que imponen las deficiencias de los datos estadísticos que recogen habitualmente los ministerios de salud.

Señaló que, como se consigna en el documento, la planificación es un proceso continuo: el hecho de alcanzar una meta constituye sólo un punto de partida para establecer nuevos objetivos. Se requiere, en la planificación, una constante evaluación de los problemas para determinar su prioridad, así como para fijar los puntos en que tales problemas deben abordarse; en consecuencia, es

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 42.

<sup>3</sup> Documento mimeografiado.

<sup>4</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 306.

<sup>1</sup> Act. of. Org. mund. Salud 115, 10-11.

evidente que la planificación tiene aspectos de corto y de largo plazo que corresponden a las metas fijadas en la Carta de Punta del Este.

Se refirió a continuación el Dr. Horwitz a los esfuerzos de la Oficina por dar vitalidad a la Unidad de Planificación. En el proyecto de programa y presupuesto para 1963 (Documento CE46/4) se incluye una serie de proyectos relacionados con planificación: uno, destinado a la organización de la Unidad, consignándose para ello una partida de \$ 28.142, y otro, el AMRO-281, por la cantidad de \$ 28.394, para facilitar meses de servicios consultivos y becas, con el fin de ampliar las actividades sobre planificación, especialmente para proporcionar servicios de consultores especializados y adiestramiento, además de 20 becas que en el ejercicio actual aparecen asignadas a administración de salud. A partir del año próximo y por un período de cinco años, se destinarán 20 becas a la preparación de planificadores en salud a través de los cursos que organiza el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y hay que tener en cuenta también las gestiones que se llevan a cabo con la Universidad Johns Hopkins para que los profesionales de habla inglesa tengan oportunidad de obtener una formación similar. Si se suman las distintas partidas del presupuesto destinadas a dicha labor de planificación, se llegará a un total aproximado de \$ 120.000, suma exigua pero significativa de un comienzo concreto para una acción de trascendencia derivada del acuerdo de los Gobiernos del Continente.

El Dr. Horwitz señaló que, a su juicio, a partir del próximo ejercicio económico habrá que considerar nuevas partidas presupuestarias que permitan la expansión de la Unidad de Planificación y destinar a la misma dos administradores de salud con bastante experiencia en el Continente, un sociólogo, un economista, dos técnicos en planificación que posean el título básico de doctores en filosofía, así como el personal administrativo y auxiliar que sea menester y los técnicos que haya que contratar a corto plazo para atender los requerimientos de los países. A juicio del Director la Oficina de Planificación a nivel de la Sede debe desempeñar funciones de correlación con los distintos organismos internacionales que tengan participación en la preparación o en el análisis de los planes generales de desarrollo que se elaboran en el Continente con el llamado "Grupo de los Nueve",

y con las misiones conjuntas de la OEA, CEPAL, Banco Interamericano de Desarrollo. Esta labor de análisis se simplificará considerablemente si, en la etapa inicial, técnicos de la Organización pueden colaborar con los Gobiernos en la preparación de los planes de salud comprendidos en los planes generales de desarrollo. Toda esta tarea va a requerir, en un futuro inmediato, una asignación anual aproximada de \$ 350.000, existiendo la esperanza de que de fuentes internacionales diversas se pueda obtener el millón y medio de dólares que la Organización necesita para cumplir este propósito en los próximos cinco años.

El Dr. Lynch (Perú) preguntó al Director de la Oficina si la Unidad de Planificación va a ser utilizada para la elaboración de los proyectos y planes de la OSP, como son los de alcance continental, interzonas o interpaíses, o si va a actuar sólo en calidad de asesora para la Oficina o colaborar en las actividades de planificación en los países que forman parte de la Organización.

El Dr. Díaz del Final (El Salvador) expresó su temor de que, dados los modestos recursos adjudicados a la mencionada Unidad, ésta no pueda atender debidamente a los países que no estén preparados o equipados para la planificación y que pueden requerir ese servicio de asesoramiento de un modo simultáneo para no rezagarse en la elaboración de los planes adecuados de la Alianza para el Progreso.

El Dr. Horwitz (Director, OSP) puntualizó en respuesta al Dr. Lynch, que la Unidad de Planificación participará, cuando sea requerida para ello la Oficina, en cuanto tenga relación con los planes nacionales de salud, su formulación, su evaluación, formación de técnicos, asesoramiento a instituciones internacionales de crédito que lo soliciten, pero señaló que el trabajo normal de la Organización se seguirá desarrollando por sus mecanismos habituales. Cuando se trate de revisar un plan nacional de salud preparado por un Gobierno, es lógico que participen todos los organismos técnicos de la Oficina, pero el enfoque para esta revisión debe corresponder a la Unidad de Planificación.

En cuanto a la preocupación mostrada por el Representante de El Salvador, el Dr. Horwitz señaló que los expertos de la Unidad de Planificación que tengan que asesorar a las autoridades de salud pública de los países de la Organización se

desplazarán por períodos relativamente cortos, ya que los planes nacionales de salud serán elaborados por los técnicos de cada país, sirviéndoles de pauta el manual de formulación de planes que dentro de breves meses estará a disposición de los Gobiernos; es decir, la actividad de los expertos de la Unidad en los países donde sea requerida su misión de asesoría, será de corto plazo y, en consecuencia, las cantidades consignadas en el presupuesto aprobado, aunque exiguas, pueden bastar para un año, estribando el problema en encontrar expertos con larga experiencia en la formulación de planes nacionales de salud, para lo cual se hacen gestiones en la actualidad.

A la continuación el Comité aprobó la siguiente

#### RESOLUCIÓN VIII

El Comité Ejecutivo, en la 45ª Reunión celebrada en Ginebra, Suiza, el 27 de febrero de 1962, resolvió:

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre los servicios de planificación de la Organización Panamericana de la Salud (Documento CE46/11); y

Teniendo en cuenta la importancia que encierra la planificación en materia de salud y el impulso que están recibiendo las actividades en este campo,

#### RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director sobre los servicios de planificación de la Organización Panamericana de la Salud (Documento CE46/11).

2. Encomendar al Director que continúe estudiando el fortalecimiento de dichas actividades, siguiendo las orientaciones expuestas en el referido documento, a fin de poder satisfacer las necesidades de los Gobiernos en materia de asesoramiento en este campo y que informe oportunamente a los Cuerpos Directivos sobre la labor realizada en ese sentido.

#### 7. Contratación y retención del personal

El Dr. Sutter (Subdirector, OSP), al presentar el Documento CE46/7, en la cuarta sesión, aludió a los antecedentes de la cuestión: en la 45ª Reunión del Comité Ejecutivo se aprobó una moción recomendando al Director de la Oficina que estudiara las condiciones de empleo del personal de la misma y que informara sobre las medidas que podrían tomarse para facilitar la contratación y retención de funcionarios. Señaló el Dr. Sutter que las disposiciones adoptadas corresponden a propuestas similares presentadas en la OMS y se refieren al sueldo, pensiones, seguro de enfermedad y otras condiciones.

que afectan tanto al personal profesional como al de contratación local. Además, se han ofrecido oportunidades de ascenso y de adiestramiento, en la medida de lo posible, dentro de las limitaciones financieras de la Oficina.

El Director, teniendo en cuenta que el personal profesional de la Oficina no había recibido un aumento de sueldo en muchos años, apoyó las gestiones realizadas en los diversos organismos internacionales para obtener la elevación de la escala de sueldos. Todas las medidas al respecto se adoptaron siguiendo los acuerdos de la Asamblea General de las Naciones Unidas y del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. En las enmiendas al Reglamento del Personal, aprobadas en la tercera sesión de la presente reunión del Comité Ejecutivo, se reflejan los aumentos de las remuneraciones, aumentos que entraron en vigor el 1 de enero de 1962. Además, en igual fecha se introdujo otro aumento de \$ 200 por esposa o esposo a cargo del funcionario. En el curso del año pasado se incrementó la parte de remuneración computable a efectos de pensión, mediante el establecimiento de un sistema por el que se toma en cuenta la mitad de la diferencia entre el sueldo neto y el bruto.

El Consejo Directivo, en la Resolución XIX de su XI Reunión,<sup>3</sup> autorizó al Director para que estableciera un seguro de enfermedad para el personal y sus familiares, plan que entró en vigor en 1960 y que ha permitido ofrecer protección a los funcionarios por una prima razonable. El Director se ocupó, asimismo, de las condiciones de empleo del personal de contratación local y en la 43ª Reunión del Comité Ejecutivo pidió que se estableciera un subsidio por familiares a cargo de dichos funcionarios.<sup>4</sup> Los sueldos de este personal de la Oficina en seis ciudades se elevaron en 1961, a fin de mantenerlos al nivel de las percepciones de otros funcionarios de la localidad, procediéndose además a un estudio de los sueldos de otros residentes en más de 47 lugares de la Región de las Américas y, como resultado, se aumentó el subsidio en 23 de esos lugares.

Se han ofrecido oportunidades de ascenso y de recompensa por méritos contraídos en el servicio, según las posibilidades económicas de la Oficina.

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 306.

<sup>3</sup> Documento Oficial de la OPS 32, 25-26.

<sup>4</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 277, 279.



Desde 1959 hasta la fecha han sido ascendidos 153 funcionarios, 95 de los cuales eran de contratación local y 58 de categoría profesional. Se han conseguido créditos para adiestramiento de miembros del personal: desde 1959 se ha otorgado licencia a siete funcionarios para cursar estudios superiores en el campo de su especialidad y ya se han reintegrado al servicio después de completar ese adiestramiento. Igualmente se han concedido subsidios a una treintena de funcionarios para estudiar idiomas o para perfeccionar esta clase de conocimientos.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua), después de agradecer el interés que el Director ha mostrado por lograr una mejora en las remuneraciones y prestaciones para el personal de la Oficina, subrayó la importancia que reviste el problema de las jubilaciones, precisamente por el hecho de que la Organización requiere los servicios de un personal muy capacitado, dotado de amplia experiencia y, por tanto, de cierta edad. Hizo constar el Dr. Sánchez Vigil que ésta es una cuestión que merece ser estudiada detenidamente, a fin de que la Oficina pueda asegurar condiciones decorosas de subsistencia a quienes, durante años, le consagraron sus esfuerzos.

El Dr. Angulo (Colombia) estableció una distinción entre los aspectos de seguridad social y los de ascenso que son consecuencia de la antigüedad en el empleo o constituyen un reconocimiento de méritos contraídos en el ejercicio de la función. Expresó su opinión de que todos los funcionarios de la Oficina deben disfrutar de los beneficios de una seguridad social integral que cubra los riesgos de invalidez, vejez y muerte. Indicó la conveniencia de que la Oficina proceda a realizar un estudio actuarial, técnico y matemático sobre esta cuestión.

El Dr. Portner (Jefe de Administración, OSP) examinó en detallé las disposiciones de seguridad social para el personal de la Oficina, haciendo especial referencia a las prestaciones del Fondo de Pensiones de las Naciones Unidas. Expuso luego las bases que rigen en materia de pensiones y las modificaciones recientemente introducidas para aumentar la parte de la remuneración que da derecho a pensión. Se refirió también a la protección existente en casos de enfermedad, hospitalización, muerte e invalidez, y señaló las diferencias entre los beneficios de que goza el personal de plantilla y el contratado por plazos cortos. Por último, explicó en detalle los procedimientos administrativos

y financieros correspondientes a los distintos aspectos de la seguridad social cubiertos por la Oficina.

El Dr. Horwitz (Director, OSP) subrayó la importancia que tendría garantizar al funcionario la computación, a los efectos del régimen de previsión, del tiempo que trabaje en un organismo internacional, pues teniendo en cuenta que en él está prestando servicio a todos los países del Continente, entre los cuales está incluido aquél del cual procede el funcionario, parecería lógico incorporar a las legislaciones nacionales respectivas alguna disposición que computara los años servidos en un organismo internacional en el régimen de previsión que tal funcionario tuviera en el Ministerio de Salud o en la dependencia de su propio país. Precisamente sucede todo lo contrario: muchos se ven forzados a renunciar a sus empleos en los países de origen para incorporarse a los organismos internacionales o tienen que solicitar permiso en ellos para ausentarse, no siéndoles abonables, en la mayoría de los casos, los años de servicio en estas entidades. Sugirió el Dr. Horwitz que el Comité Ejecutivo tomase en cuenta esta idea porque podría complementar los esfuerzos de la Oficina para analizar con mayor detenimiento y profundidad el régimen de pensiones y presentar un estudio detallado sobre el tema en la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Dr. Bravo (Chile) indicó que, a su entender, debe darse mayor estímulo al personal que trabaja en actividades internacionales, pero sin perder de vista el interés de los países de donde esos funcionarios proceden. Es evidente que a todo país le interesa que un funcionario de los servicios de salud tenga posibilidad de obtener una experiencia internacional que le sirva para perfeccionar sus conocimientos y ampliarlos, pero con el fin de que regrese para que la comunidad nacional pueda beneficiarse de esa mayor preparación. No le interesa a un país formar técnicos, a veces a costa de muchos esfuerzos y de cuantiosos gastos, para que se conviertan en funcionarios internacionales por el resto de su vida; al funcionario se le deben dar oportunidades para salir de su país, pero manteniendo ciertos vínculos e incentivos que le induzcan a volver a él. No es justo transformar a los profesionales en funcionarios internacionales de carácter permanente; tal vez fuera más adecuado establecer un sistema de rotación en virtud del cual

determinados funcionarios de las administraciones nacionales sirvieran en organismos internacionales por un período determinado y, a su regreso al país de origen, fueran reemplazados en aquéllos por otros del mismo país.

El Dr. Angulo (Colombia) se mostró satisfecho con las explicaciones proporcionadas sobre el tema, tanto por el Director de la Oficina como por el Dr. Portner y, en consecuencia, consideró innecesario que se lleve a cabo por la OSP un estudio actuarial, técnico y matemático sobre el problema de la seguridad social integral de sus funcionarios, como había sugerido en su anterior intervención.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) expresó su discrepancia con el punto de vista expuesto por el Dr. Bravo en el sentido de que la colaboración de los técnicos en los organismos internacionales no debe tener un carácter permanente y manifestó, por el contrario, su opinión de que la Oficina Sanitaria Panamericana debe ser considerada como una institución federal de las Repúblicas del Continente.

A continuación el Comité aprobó la siguiente

#### RESOLUCIÓN IX

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe sobre la contratación y retención del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, (Documento CE46/7), presentado por el Director en cumplimiento del acuerdo adoptado a este respecto por el Comité en su 45ª Reunión; y

Considerando que para el desarrollo adecuado de las actividades de la Organización es esencial contar con personal bien adiestrado y de alta competencia, cuya permanencia en el servicio quede garantizada por unas condiciones de empleo plenamente satisfactorias,

#### RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director sobre la contratación y retención del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CE46/7), y encomendarle que dé cuenta oportunamente, a los Cuerpos Directivos, de las medidas que adopte para mejorar las condiciones de empleo en la Organización.

2. Reiterar la recomendación formulada en la Resolución XXV adoptada por la XII Reunión del Consejo Directivo.<sup>1</sup>

3. Solicitar de los Gobiernos que adopten las correspondientes disposiciones que garanticen a los funcionarios la estabilidad en sus cargos, así como el régimen de previsión que

les corresponda, mientras presten sus servicios, en forma temporal, en las organizaciones internacionales de salud.

#### 8. Servicios de compras por cuenta de los Gobiernos de la Organización

En la cuarta sesión, al iniciarse la discusión de este tema, ocupó la presidencia el Vicepresidente Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua).

El Dr. Portner (Jefe de Administración, OSP), al presentar el Documento CE46/5,<sup>2</sup> expuso que, desde hace más de 11 años, la Oficina viene prestando servicios a los Gobiernos que los solicitan para la compra de suministros, equipo y materiales, de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución XXIX de la V Reunión del Consejo Directivo.<sup>3</sup> Además, la Oficina facilita información sobre los costos de ciertos artículos, preparando al efecto facturas proforma. La Sección de Suministros se encarga de esta labor y ha adquirido una gran experiencia en el mercado con las compras que efectúa para los Gobiernos, así como para la OPS y la OMS. A este efecto, se atiene estrictamente a los procedimientos de licitación establecidos en el Reglamento Financiero y en las Reglas Financieras de la OPS. Por otra parte, la Sección de Suministros trabaja en estrecha colaboración con los técnicos de la OSP, que conocen a fondo las especificaciones de los productos. En los primeros años se recibieron bastantes solicitudes de compras, pero, en los últimos años, estas han ido disminuyendo hasta alcanzar el nivel más bajo en 1961. En los primeros meses de 1962 ha habido un aumento de solicitudes de compra, pero el importe total sigue siendo considerablemente inferior al que se registraba en el período de 1951-1957.

Teniendo en cuenta que el servicio cuesta a la Oficina más de \$ 40.000 anuales, el Director, deseoso de que los fondos de la Organización se utilicen del modo más provechoso, creyó oportuno someter el asunto a la consideración del Comité, para que éste indicara si, a su juicio, estos servicios siguen siendo necesarios y convenientes.

El Dr. Olguín, hablando en calidad de Representante de la Argentina, manifestó que el mantenimiento de este servicio ha sido de evidente provecho para los países del Hemisferio, y que no debe des-

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 36, 30.

<sup>2</sup> Documento mimeografiado.

<sup>3</sup> Publicación de la OPS 269, 36-37.

cartarse la posibilidad de que se intensifiquen las adquisiciones con motivo de los programas de desarrollo y fomento de la salud que se vienen realizando en todos los países. Sin embargo, ante el peligro de que resulte antieconómico tener una oficina montada con un gasto superior a la cuantía de los servicios que presta, el orador propuso que se hiciera una consulta directa a los Gobiernos por parte de la Oficina, o bien que se sometiera el asunto a la consideración de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Dr. Bertolini (Uruguay) se adhirió a las manifestaciones del Dr. Olguín y, después de haberle aclarado el Dr. Portner que, en general, la Oficina obtiene precios favorables para muchos artículos, añadió que lo más práctico sería que la Oficina consultara ya directamente a los Gobiernos, sin esperar a la próxima reunión de la Conferencia.

El Dr. Angulo (Colombia) expresó su opinión de que si los Gobiernos no efectúan más compras a través de la Oficina no es por ignorancia, sino por los controles legales a que están sometidas sus compras en materia de licitaciones públicas o privadas, según los casos.

El Dr. Horwitz (Director, OSP) señaló que la Oficina no persigue con estas actividades propósitos de lucro, sino que lo que interesa es la prestación de un servicio que puede ser de mucha utilidad si los Gobiernos lo solicitan. Por lo tanto, añadió, la consulta que la Oficina hace al Comité Ejecutivo es si vale la pena proseguir estas actividades, pues si existen posibilidades de que se haga uso de dichos servicios, es obligatorio tenerlos y aun ampliarlos, si corresponde. Manifestó que sabe, por experiencia, que ciertos controles legales pueden obviarse, y que cabe la posibilidad de que un producto resulte más barato y se adquiera más fácilmente en el seno de un país, pero que la Oficina puede dar una garantía absoluta de la calidad de los preparados que envía.

El Dr. Olguín (Argentina), insistiendo en sus manifestaciones anteriores, señaló que, cualquiera que hubiera sido el motivo que determinó la disminución de solicitudes de compras, era conveniente hacer directamente una consulta a los Gobiernos, y reiteró su moción de que así se hiciera por la Oficina, aceptando los argumentos expuestos por el Representante del Uruguay.

El Dr. Bravo (Chile) afirmó que, a su juicio, el sistema de la oficina de compras por cuenta de

los Gobiernos es ideal para las compras de urgencia y, sobre todo, de emergencia (en caso de epidemias, catástrofes, etc.), y que posiblemente el cambio de autoridades sanitarias, con el curso de los años, haya determinado que este servicio no sea bien conocido en todos los países. Propuso, en consecuencia, que se enviara una circular a los Gobiernos de la Organización dándoles a conocer la existencia del servicio y la reglamentación de su funcionamiento.

El Presidente hizo constar que en los países de América Central ha habido experiencias muy desagradables con productos europeos y norteamericanos por falta de fiscalización de los que salen al exterior. Esto ha hecho fracasar campañas enteras, como ocurrió en un país centroamericano con la vacunación de 280.000 niños contra la tos ferina porque el producto recibido no tenía ni siquiera el 5% de la actividad requerida. Anadió que debía feliicitarse a la Oficina por los servicios perfectos que presta en este sentido e informar debidamente de todas estas circunstancias a los Gobiernos.

El Sr. Hills (Observador, Estados Unidos de América) se mostró partidario de estudiar a fondo las causas de la disminución de las compras y propuso que se enviara un cuestionario a los Gobiernos para que indiquen si tienen interés en seguir utilizando los servicios de compras de la Oficina, pues si su respuesta fuera desfavorable, los \$ 40.000 que cuesta el servicio podrían dedicarse a otras actividades más interesantes para los Gobiernos.

El Dr. Portner (Jefe de Administración, OSP) hizo nuevamente uso de la palabra para explicar que, con la diversificación de actividades de la Organización Panamericana de la Salud, hay cuestiones que escapan a la competencia del Ministerio o Servicio de Salud Pública; por ejemplo, las relativas a suministros para sistemas de abastecimiento de agua, para cuya adquisición en cantidades importantes se han formulado ya consultas a la Oficina, y que, por lo general, son cuestiones que interesan a los Ministerios de Obras Públicas. A este respecto, señaló a la atención del Comité Ejecutivo que esos pedidos no podrían servirse si no se modifica el párrafo 1(a) de la Resolución XXIX de la V Reunión del Consejo Directivo que dispone lo siguiente:

“La Oficina facilitará servicios para la adquisición de materiales y equipo a organismos e instituciones que no obtengan con ello lucro alguno

y se hallen bajo la jurisdicción del Ministro y/o el Director de Sanidad del país respectivo".

El Ing. Olivero (Observador, Banco Interamericano de Desarrollo) subrayó que el servicio de compras de la Oficina es muy provechoso para los países que saben utilizarlo, porque lo importante no es sólo la compra en sí sino, muchas veces, las especificaciones adecuadas para ella, y añadió que, en el programa de abastecimiento de agua, esta ayuda sería muy importante para los países dada la experiencia que la Oficina tiene en esta materia.

Con el fin de recoger las anteriores manifestaciones en un proyecto de resolución, se designó un grupo de trabajo integrado por el Dr. Angulo (Colombia), el Dr. Bravo (Chile) y el Dr. Díaz del Pinal (El Salvador).

El Dr. Horwitz (Director, OSP), aclarando unas dudas formuladas por el Representante de El Salvador en relación con la redacción del proyecto de resolución, expresó que la Sección de Suministros tiene tres funciones definidas: una, las compras de emergencia, a las que se refirió el Dr. Bravo, luego la adquisición de productos existentes en las Américas para las otras regiones del mundo, por encargo de la Organización Mundial de la Salud y, por último, la adquisición de productos para los Gobiernos de las Américas. Añadió que la discusión se había movido en torno a la última función, que representa del 30 al 35 % del volumen de trabajo de la Sección de Suministros; por lo tanto, teóricamente, si dejara de prestarse este servicio a los Gobiernos de las Américas, habría que reducir las actividades de la Sección en un 30 a 35 % y, en consecuencia, en la misma proporción la cantidad de \$ 40.000 en que se estima el costo del servicio, pero sin dejar de atender las otras dos funciones que son indispensables, y, además, la compra de suministros que necesita la Organización para el desempeño de sus funciones.

El grupo de trabajo presentó un proyecto de resolución en la séptima sesión, y, después de un breve debate, el Comité aprobó por unanimidad la siguiente

#### RESOLUCIÓN X

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre los servicios de compras por cuenta de los Gobiernos (Documento CE46/5), que lleva a cabo la Oficina Sanitaria Panamericana; y

Considerando que la prestación de esos servicios es de suma utilidad para los Gobiernos e instituciones públicas, no sólo por lo que se refiere a las adquisiciones propiamente dichas, sino también a la preparación de facturas proforma,

#### RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director sobre los servicios de compras por cuenta de los Gobiernos (Documento CE46/5).

2. Encomendar al Director que reitere a los Gobiernos la existencia de esta clase de servicios y señale a su atención la forma y métodos que aplica la Oficina para satisfacer los pedidos de los Gobiernos, en lo relativo a precio y calidad de los productos, solicitando de aquéllos que expresen si están interesados en seguir utilizándolos.

3. Pedir al Director que practique una revisión del funcionamiento de estos servicios, y de acuerdo con las respuestas recibidas de los Gobiernos, someta un informe sobre el particular al Comité Ejecutivo en su reunión que tendrá lugar en la primavera de 1963.

#### 9. Proyecto de presupuesto funcional

El Dr. Horwitz (Director, OSP) presentó en la quinta sesión el Documento CE46/10.<sup>1</sup> Recordó que, en 1959, la Oficina solicitó el consejo de cuatro expertos en administración para que informasen si en un organismo internacional de carácter asesor, como la OSP, es posible preparar y utilizar eficazmente un presupuesto de tipo funcional, es decir, que procure relacionar más estrechamente las inversiones con los objetivos por cumplir y no las inversiones con los medios para alcanzar tales objetivos. Subrayó el hecho, habitual en los países de las Américas y en las organizaciones internacionales, de que los presupuestos den mayor relieve a las clases de personal, suministros, equipo y servicios que a las metas a realizar en los programas. La tesis de los presupuestos por programas o presupuestos funcionales es precisamente lo contrario: se trata de relacionar lo que se pretende hacer, estableciendo objetivos concretos, determinando el número y clase de acciones a desarrollar, con los gastos en que, al respecto, se va a incurrir. Los mencionados expertos consideraron que, en cierta medida, era posible que la Organización confeccionara un presupuesto de esa índole en el que figurasen todos los egresos previstos, a fin de poner de relieve el esfuerzo total dedicado a cada programa, prescindiendo de si el gasto se efectúa en la Sede,

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

en las Oficinas de Zona o en proyectos de campo.

El Dr. Horwitz precisó que dichos estudios sobre una metodología para elaborar el programa y presupuesto no pretenden, en modo alguno, modificar los procedimientos habituales de preparación y de presentación de tales documentos, sino que son más bien lo que podría denominarse investigación administrativa que, al contar con el consenso de los Cuerpos Directivos, se podría traducir en un nuevo capítulo en los documentos oficiales de la Organización.

Señaló que, sin embargo, en distintas partes del *Documento Oficial No. 35* se advierten esbozos de una ordenación, en términos de funciones, de los gastos en que se va a incurrir. Aludió a este respecto, al cuadro contenido en la página 5 de dicho documento (Distribución por materias del programa de campo) y asimismo a los cuadros resumidos que aparecen en las páginas 14, 15, 16 y 17; en ellos se refleja la tendencia de la Organización favorable a la moderna técnica del presupuesto funcional, lo que justifica el interés que existe por aplicarla.

Hizo constar el Dr. Horwitz que, a su juicio, el problema fundamental, en la preparación de un presupuesto funcional, radica en la clasificación de las funciones, tanto en el nivel nacional como internacional. Eso constituye, en última instancia, un proceso en gran parte objetivo, pero en buena medida de carácter subjetivo. La tarea esencial consistía en establecer con claridad cuál había de ser la clasificación que se diera al presupuesto, en la que figurasen las distintas funciones y su costo probable. Se podría incurrir así en un doble peligro: pecar por exceso o por defecto. Si el número de partidas fuera exagerado se crearía una voluminosa maquinaria administrativa que anularía las buenas intenciones y transformaría el servicio en una inmensa contraloría. Tal resultado sería contrario a los fines que se persiguen y, en consecuencia, impediría conocer con exactitud la inversión para cada objetivo, medido en unidad de acción. La clasificación de las funciones es la piedra angular de todo el proceso; en el presupuesto funcional que se propone para la Organización figuran cinco epígrafes fundamentales; Protección de la salud, Fomento de la Salud, Educación y adiestramiento, Cuerpos Directivos y Dirección Administrativa, y Aumento del activo, cuya enumeración figura en la página 4 del documento CE46/10. Una segunda clasificación mostrará las actividades comunes en la

forma siguiente: a) cooperación en planificación y ejecución de planes, b) becas, seminarios, simposios, conferencias, c) investigación y d) varios.

Precisó que en un anexo se muestra la visión general del proyecto, y se señala que en el epígrafe I, (Protección de la salud), se incluirá cuanto se refiere a enfermedades y todo lo relativo a saneamiento del medio. En lo que concierne a abastecimiento de agua, indicó el Dr. Horwitz que se trata de un punto que constituye una acción fundamental de la Organización, y que para mostrar la diferencia que existe entre un presupuesto por funciones y un presupuesto habitual, se han reunido los gastos correspondientes a estos proyectos en una partida especial que se consigna en la página 2 del documento. Consideró el Director que dichos gastos aparecen subestimados; no obstante, el propósito que se persigue es mostrar que en un presupuesto por funciones se incluyen en un solo capítulo todas las inversiones dedicadas a una acción determinada, sin considerar dónde se realiza, ni quién la realiza, comprendiendo la parte que corresponde en la acción a la Oficina en Washington, a las Oficinas de Campo, a los funcionarios en los países y a los proyectos interpaíses.

Se refirió el Dr. Horwitz, a continuación, a las subdivisiones que forman el epígrafe II de la clasificación del documento presentado, y que comprenden los servicios generales y los específicamente propios de los distintos programas concretos: higiene materno-infantil, nutrición, salud mental, higiene dental y atención médica; en cuanto al epígrafe III, destacó que abarca cuanto se relaciona con educación y adiestramiento; en el IV, las inversiones con destino a los gastos que ocasionen las reuniones de los Cuerpos Directivos, la Dirección, los servicios administrativos y los gastos generales relacionados con el alquiler y conservación de los edificios, etc.; habiéndose agregado un último epígrafe, el V (Aumento del activo), relacionado con el activo fijo que puede adquirir una organización como la OPS.

El Dr. Lynch (Perú) consideró que el tema relativo a los presupuestos funcionales era de excepcional importancia y señaló que, en varios países latinoamericanos, se están ensayando ya dichos presupuestos. En el Perú se han celebrado algunas reuniones, con técnicos de la CEPAL, y se está haciendo un ensayo de cuyos resultados se dará cuenta al Congreso en 1962. Señaló a continuación los dos grandes capítulos de un presupuesto funcional: el

primero, referente a los gastos generales de dirección y administración, y el segundo, relativo a los programas específicos. Los primeros, son imposibles de contabilizar con respecto a un programa determinado, pero en los segundos sí que cabe la contabilización por programas. La gran ventaja de los presupuestos funcionales es que descansan sobre programas con metas y objetivos definidos, en lugar de basarse en una larga relación de puestos de diferentes categorías y de gastos generales que se prestan a reducciones, no siempre bien fundadas. Con el sistema de los presupuestos funcionales, cuando el Congreso de un país reduzca un programa determinado, sabrá que éste no podrá alcanzar la meta señalada más que en una parte proporcional a la reducción de los recursos. El mejor conocimiento de las metas perseguidas hará que los programas mejor fundamentados y de presentación más idónea sean los que, con mayor facilidad, obtengan los recursos necesarios. El Dr. Lynch terminó felicitando al Director por las actividades que viene desarrollando la Oficina en relación con el sistema de presupuestos funcionales, y expresó el deseo de que éstos puedan convertirse en realidad en un futuro próximo.

El Dr. Bravo (Chile) se declaró partidario de los presupuestos funcionales, a los que calificó de base fundamental para organizar la planificación de los servicios de salud. Manifestó que desde 1957 conoce por experiencia personal en su país las dificultades que el sistema presenta, dificultades que no deben apartar a la Oficina Sanitaria Panamericana del camino emprendido, pero que aconsejan que ésta trate de beneficiarse de la experiencia adquirida ya por los países que han ensayado el sistema presupuestario sometido a la consideración del Comité Ejecutivo. Señaló que una primera dificultad es la que se encuentra al tratar de definir y clasificar los programas, pues en medicina y salud pública cualquier clasificación que trate de agrupar actividades es siempre artificiosa, ya que el cuidado de la salud constituye un solo problema integral. La otra gran dificultad es la contabilidad de los costos. No se puede trabajar con un cálculo de costos que no corresponda a la realidad, y es preciso tener en cuenta que éstos van modificándose de un ejercicio económico a otro por razones de inflación y de cambios en los valores de cada unidad de trabajo. En una organización de la magnitud de la Organización Panamericana de la Sa-

lud es de suponer que la contabilidad presente dificultades de bastante consideración. Sin embargo, pese a estas dificultades, deben realizarse los máximos esfuerzos para poner en práctica los presupuestos por programas, pues sin ellos no es posible una planificación eficaz.

El Dr. Bertolini (Uruguay) apoyó la idea de introducir el sistema de presupuesto funcional, que consideró como un paso importante en el progreso de la administración de la Oficina Sanitaria Panamericana. Reconoció que la aplicación del sistema encierra numerosas dificultades, pero señaló que son tantas las ventajas que vale la pena tratar de ponerlo en práctica.

El Dr. Díaz del Pinal (El Salvador) estimó que el sistema de presupuesto funcional es sumamente atractivo y recomendó que se ponga en práctica cuanto antes, perfeccionando el sistema a medida que se vayan recibiendo las lecciones de la experiencia.

El Dr. Angulo (Colombia) manifestó que en su país se aplica el sistema de presupuesto funcional, siguiendo una división de actividades parecida a la que figura en el documento sometido a la consideración del Comité: protección de la salud, fomento de la salud, educación, adiestramiento y administración. Describió a continuación la división de los servicios de salud pública en Colombia, y dijo que, si bien están divididas las funciones, todos los programas de salud de su país son integrados. Es necesario que todos los servicios de salud estén integrados, pues ésta es la forma de que rindan los mayores beneficios. Sin embargo, estimó que el caso de la Oficina Sanitaria Panamericana es distinto del de un país determinado. Terminó diciendo que la aplicación del sistema de presupuesto funcional por la Oficina dificultaría la presentación del presupuesto, por lo que estimó que no debiera ponerse en práctica la innovación sometida a la consideración del Comité.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) señaló los problemas presupuestarios que ha conocido en su experiencia en los servicios de salud y añadió que debería ponerse en práctica el sistema que figura en el documento estudiado por el Comité y que tan buena acogida mereció a juzgar por los comentarios formulados en el curso del debate.

El Sr. Hills (Observador, Estados Unidos de América) aprobó la idea del presupuesto funcional y consideró que su puesta en práctica constituirá

un gran adelanto y colocará a la Organización Panamericana de la Salud en un puesto de vanguardia en el complejo campo relativo al control del programa y de los egresos. Es cierto que hay muchos detalles que necesitan estudio y que la tarea resultará verdaderamente difícil, pero sugirió que el Director continúe el estudio del nuevo sistema de presupuesto e informe sobre el mismo en la próxima reunión de primavera del Comité Ejecutivo. Finalmente, preguntó si sería posible o conveniente aplicar experimentalmente el sistema al presupuesto de 1964, o si se consideraba que esto sería prematuro.

El Dr. Horwitz (Director, OSP) dijo que el debate había sido altamente significativo y expresó su agradecimiento a los miembros del Comité por las manifestaciones hechas que servirán de guía para la actuación futura. Reconoció que uno de los problemas más difíciles en la confección de un presupuesto por programas estriba en determinar en qué partida deben figurar los gastos administrativos. Dos son los caminos a seguir: o se asignan a un capítulo, considerándolos como una unidad, o se distribuyen proporcionalmente entre los distintos programas. En el primer período, quizás convenga que la Organización Panamericana de la Salud los mantenga como una sola unidad, ya que se debe evitar la creación de una maquinaria contable excesivamente compleja. Ahora bien, no todas las funciones podrán reflejarse o expresarse como unidades perfectamente definidas y mensurables, sobre todo teniendo en cuenta el carácter asesor de las actividades de la Organización. En algunos casos será necesario establecer como objetivo la realización de la función como tal, sobre todo en el campo de la educación. Finalmente, el Dr. Horwitz manifestó que se hará todo lo posible para presentar al Consejo Directivo, el año próximo, un proyecto de presupuesto funcional en la forma más avanzada que permitan las circunstancias.

A continuación el Comité Ejecutivo aprobó por unanimidad la siguiente

#### RESOLUCIÓN XI

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el Documento CE46/10 sobre los planes preliminares relativos a la aplicación del sistema de presupuesto funcional a los programas de la Organización Panamericana de la Salud, presentado por el Director en cumplimiento del acuerdo adoptado en ese sentido por el Comité en su 45ª Reunión; y

Considerando que la revisión del formato del presupuesto, de conformidad con el procedimiento sugerido en el referido documento, permitiría apreciar mejor la orientación de los esfuerzos de la Organización y la observancia de las prioridades implícitas en determinados objetivos de su política,

#### RESUELVE:

Tomar nota del Documento CE46/10 presentado por el Director, acerca de los planes preliminares para la aplicación del sistema de presupuesto funcional a los programas de la Organización Panamericana de la Salud, y encomendarle que lleve a cabo los estudios detallados que sean necesarios en este sentido e informe sobre la labor realizada a la reunión que el Comité Ejecutivo celebrará en la primavera de 1963.

#### 10. Fondo Rotatorio de Emergencia

En la quinta sesión, el Dr. Portner (Jefe de Administración, OSP) presentó el Documento CE46/6,<sup>1</sup> sobre este tema, recordando que el Fondo Rotatorio de Emergencia fue establecido por el Consejo Directivo, en su III Reunión, destinando la suma de \$ 50.000 para facilitar compras, por cuenta de los Gobiernos, en casos urgentes. Al comenzar el año 1961, el efectivo del Fondo ascendía a \$ 44.527 y las cuentas pendientes de cobro se elevaban a \$ 5.473. Durante el año se reembolsaron \$ 586, con lo que, el 28 de febrero de 1962, fecha del estado de cuentas que aparece en el documento sometido a la consideración del Comité Ejecutivo, quedaba en efectivo en cuenta bancaria la suma de \$ 45.113, y las cuentas pendientes de cobro ascendían a \$ 4.887. Se estaba gestionando entonces una compra de células renales de mono, para el Gobierno de Chile, por un costo estimado en \$ 1.100. En consecuencia, el saldo disponible para nuevas compras, a últimos de febrero, se elevaba a \$ 44.013.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) elogió las facilidades que el Fondo Rotatorio de Emergencia ofrece a los Gobiernos, para poder conseguir con brevedad y buen servicio, medicinas y productos biológicos de urgente necesidad, citando como ejemplo lo ocurrido últimamente en su país con respecto a la enorme cantidad de casos positivos de rabia en los perros y en el ganado, para cuyo tratamiento se obtuvieron productos biológicos adquiridos mediante la Oficina, por valor de \$ 1.917. Añadió el orador que, a su juicio, la única objeción posible era la relativa a lo exiguo y reducido del

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

Fondo, cuya cuantía debiera aumentarse. Añadió que, debido a la gran seguridad que representan los productos adquiridos en los Estados Unidos de América, se hace imperiosa la necesidad de comprar por medio de la Oficina, puesto que ésta puede conseguir mejores precios y superior calidad. Finalmente, el Dr. Sánchez Vigil sugirió que se estudie un sistema por el cual la Oficina pueda comprar productos medicinales destinados a los servicios de salubridad de los países. En tal sentido, podría hacerse una gestión ante los Ministros de Hacienda que, de tener éxito, permitiría canalizar hacia la Oficina no sólo las compras propias del Fondo de Emergencia, sino las de todos los demás artículos que necesiten los servicios de salubridad.

El Dr. Horwitz (Director, OSP) señaló que se habían planteado dos cuestiones un tanto diferentes, relativas a las características del Fondo Rotatorio de Emergencia. Una de ellas, la relativa a que se eleve el nivel de \$50,000 de este Fondo, si no constituiría un serio problema, si bien no es completamente seguro que sea indispensable llegar a un acuerdo en ese sentido. Ahora bien, los Gobiernos habrían de tener presente que el Fondo es sólo para verdaderas emergencias, por ejemplo, los cataclismos, y para aquellos casos que tienen características urgentes por estar relacionados con situaciones fundamentales para el desarrollo de un programa determinado. En cuanto a la sugerencia de que la Oficina intervenga en las adquisiciones que efectúen los Gobiernos para sus programas de salud, sin carácter urgente, el Dr. Horwitz declaró que es necesario tener muy en cuenta las condiciones en que la Organización trabaja y la situación de sus recursos presupuestarios. De intervenir la Oficina en tales compras sería indispensable que los pagos se efectúen sin ninguna demora. Hay que tener en cuenta que, en el Informe del Auditor Externo se señala la considerable cuantía de las cuotas atrasadas. En consecuencia, si la Organización hubiera de intervenir además en la compra de productos, y el pago no se efectuase con puntualidad, podrían agotarse los recursos que son indispensables para el mantenimiento de los programas de salud.

Por último, sugirió el Dr. Horwitz que en la comunicación que se envíe a los Gobiernos sobre el servicio de suministros, según lo acordado por el Comité Ejecutivo en esta reunión, se incluya una consideración de este orden, rogando a los Minis-

tros de Salud que la trasladen a los Ministros de Hacienda para que cada Gobierno adopte las medidas que considere oportunas. En cuanto al Fondo Rotatorio de Emergencia, lo importante es que los Gobiernos tengan presente que está destinado a situaciones realmente inesperadas y cuya solución sea indispensable y vital, en cuyos casos la Oficina estará siempre dispuesta a seguir prestando sus servicios.

Seguidamente, el Comité Ejecutivo aprobó por unanimidad la siguiente

#### RESOLUCIÓN XII

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre el Fondo Rotatorio de Emergencia (Documento CE46/6), en el que se da cuenta de las actividades relacionadas con dicho Fondo,

#### RESUELVE:

Tomar nota del informe presentado por el Director sobre el Fondo Rotatorio de Emergencia (Documento CE46/6).

#### 11. Comisiones Nacionales de Salud

El Dr. Cutler (Director Adjunto, OSP) al presentar en la sexta sesión el Documento CE46/8<sup>1</sup> sobre este tema, señaló que, en 1950, la Tercera Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución (WHA3.49) en la que hacía suya la opinión expresada por el Consejo Ejecutivo de que las comisiones nacionales de la OMS podían llevar a cabo cierto número de funciones esenciales tanto consultivas como de cooperación, que redundarían en beneficio de la Organización y de las administraciones nacionales.<sup>2</sup>

Manifestó que, en la actualidad, existían comisiones nacionales de esta clase en los 10 países siguientes: Alemania Occidental, Argentina, Austria, Canadá, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Italia, Japón y Reino Unido. Los objetivos característicos de dichas comisiones consisten en apoyar todas las iniciativas relativas al mejoramiento de la salud, tanto en la esfera nacional como en la internacional; establecer una asociación de ciudadanos destinada a respaldar y fortalecer los servicios nacionales de salud; estimular, en un sentido internacional, el interés por las cuestiones relacionadas con la salud; y fomentar la coordinación de esas actividades de los organismos gubernamentales.

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

<sup>2</sup> Off. Rec. Wld Hlth Org. 23, 33.



naméntales y privados, así como de las asociaciones de profesionales y de otros grupos particulares interesados en la materia.

En 1953, por iniciativa conjunta del Consejo Nacional de Salud y la Asociación Americana pro Naciones Unidas, se constituyó en los Estados Unidos la Comisión Nacional pro OMS. El Dr. Cutler agregó que la Comisión Nacional pro OMS establecida más recientemente, era la de Argentina, que se fundó a fines de 1961.

Concluyó diciendo que la Oficina consideraba que estas comisiones nacionales desempeñan un papel importante, tanto para el apoyo y fortalecimiento de los programas nacionales de salud como para facilitar a los ciudadanos del país respectivo una mayor comprensión de los programas internacionales en ese campo. Esto es particularmente cierto en los momentos actuales, en que el interés de los Gobiernos de las Américas por la salud como elemento fundamental del desarrollo económico ha quedado claramente demostrado en la Carta de Punta del Este y en los programas de la Alianza para el Progreso.

El Presidente señaló que el tema que se acababa de presentar era de gran importancia, ya que los objetivos asignados a las comisiones citadas ofrecían la esperanza de un gran impulso en las actividades en el campo de la salud, tanto en el orden nacional de coordinación interna, como en el internacional. Agradeció la referencia hecha a la Comisión constituida en su país e indicó que, dada su reciente formación, todavía estaba en la fase de organización.

El Sr. Nelbach (Secretario Ejecutivo, Comisión Nacional pro OMS de los Estados Unidos de América), a invitación del Presidente, describió detalladamente las actividades que lleva a cabo dicha Comisión, constituida en 1953 por iniciativa conjunta del Consejo Nacional de Salud y la Asociación Americana pro Naciones Unidas. La Comisión se esforzó, como objetivo primordial, en apoyar la labor de la OMS y de la OPS, y los resultados obtenidos hasta ahora han sido satisfactorios. Además ha desarrollado campañas de carácter educativo, entre otras, en relación con la fluoruración de los abastecimientos de agua, lucha contra la difteria, inmunización contra la viruela, y mejoramiento de la nutrición. La Comisión procura asimismo dar la mayor amplitud posible a la celebración del Día Mundial de la Salud. En la actualidad, la Comisión

cuenta con unos 800 miembros, así como buen número de organizaciones miembros que comprenden organismos voluntarios de salud, fundaciones privadas y empresas comerciales de productos farmacéuticos, químicos, insecticidas, etc. Más importante para la Comisión que el apoyo financiero que recibe de sus miembros, es la participación intensiva de éstos en sus actividades educativas en materia de salud. Cuenta la Comisión con una Junta de Directores integrada por 40 miembros, que establece las normas de su actuación. Esta Junta se reúne cuatro veces al año.

El Sr. Nelbach concluyó diciendo que, si bien en sus comienzos el campo de acción de la Comisión fue limitado, poco a poco ha ido extendiéndose y en la actualidad cuenta con organizaciones a nivel local, de los condados y de los Estados del país.

El Dr. Lynch (Perú) manifestó que consideraba muy interesante la formación de estas comisiones nacionales como entidades privadas que traten de despertar el interés de los pueblos hacia los problemas de salud pública, tanto en el orden nacional como en el internacional. Añadió que debía estimularse esa clase de comisiones de ciudadanos particulares, al margen de la política y de los Gobiernos. Tendrían una continuidad en su acción y una libertad de iniciativa ajena a cualquier influencia que no sea el propio interés por la salud de la comunidad; y señaló la posibilidad de que, en el futuro, la acción conjunta de organismos similares de distintos países fomenta no sólo el interés de la opinión pública del propio país hacia los problemas de salud, sino también de todo el Hemisferio.

El Dr. Díaz del Pinal (El Salvador) declaró que en algunos países, como el suyo, sería difícil la formación de nuevos grupos nacionales en pro de la salud, por lo que resultaría más factible utilizar los llamados clubs de servicio ya existentes como los de Leones, Rotarios, etc., que tienen incluso comités dedicados a actividades similares, por lo que creía que tendría más éxito confiar a la iniciativa privada la formación de tales comisiones.

El Dr. Horwitz (Director, OSP) señaló que la Oficina había incluido este tema en el programa porque está persuadida de que en los países de la América Latina no se ha movilizado la opinión pública en forma sistemática y continua en torno a los problemas de salud y de las soluciones propugnadas por los Gobiernos y entidades privadas. Por

ello, ha recogido la resolución, adoptada hace unos 10 años por la Asamblea Mundial de la Salud, sobre la creación de comités nacionales constituidos por figuras representativas de cada país, propósito que debería ser explorado más intensamente en el Continente ya que, lamentablemente, de los 22 países del mismo, sólo tres tienen una comisión organizada. Ahora bien, cada país puede tener expresiones distintas, de acuerdo con sus peculiaridades para la integración de esas comisiones; por ejemplo, en los Estados Unidos de América, partió la iniciativa de nueve personalidades representativas, sin participación alguna del Gobierno, mientras que en otros lugares puede surgir de los técnicos en salud o de otros grupos. En todo caso, la nobleza de su finalidad descarta por sí sola la idea de que puedan considerarse estas instituciones como medios de influencia gubernamental sobre la opinión pública; al contrario, representan instrumentos educativos de la población. Por ello, el Director estimó que sería conveniente que el Comité Ejecutivo se pronunciara acerca de este plan, indicando la forma en que la Oficina podría encauzarlo, desde luego sometiendo el asunto a conocimiento de los Gobiernos, e iniciando incluso gestiones en el seno de los países por medio de los funcionarios que están trabajando en ellos.

El Dr. Lynch (Perú) manifestó que dichas comisiones estarían asentadas sobre bases más sólidas si se constituyeran como asociaciones voluntarias no gubernamentales, para eliminar cualquier clase de prejuicios en torno a ellas.

Finalmente se constituyó un grupo de trabajo integrado por los Dres. Díaz del Pinal (El Salvador) y Lynch (Perú), encargado de preparar un proyecto de resolución sobre este tema, que fue presentado en la séptima sesión, y el Comité aprobó por unanimidad la siguiente

#### RESOLUCIÓN XIII

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el Documento CE46/8, presentado por el Director de la Oficina, en el que expone los antecedentes relativos al establecimiento de Comisiones Nacionales pro OPS/OMS; y

Considerando que dichas Comisiones pueden desempeñar funciones importantes de divulgación y apoyo a los programas de salud pública de los respectivos países, labor que redundará en beneficio de las administraciones nacionales de salud pública así como de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud,

#### RESUELVE:

1. Encomendar al Director de la Oficina que estimule por todos los medios a su alcance la organización de Comisiones Nacionales en los países de las Américas, con los siguientes objetivos: a) despertar el interés de la opinión pública por los problemas de salud, y b) divulgar la importancia de la cooperación internacional, específicamente en lo relativo a las actividades que desarrollan la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

2. Encomendar asimismo al Director que informe oportunamente a los Cuerpos Directivos sobre el resultado de sus gestiones en este sentido.

#### 12. *Preparativos para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas*

El Dr. Horwitz (Director, OSP), al presentar en la sexta sesión el Documento CE46/14,<sup>1</sup> expuso las distintas etapas que se habían seguido en la preparación de dicha Conferencia. El primer informe sobre esta materia se presentó a la XIII Reunión del Consejo Directivo, la cual tomó nota del mismo y encomendó a la Oficina que continuara las gestiones que culminaran con la organización y el desarrollo adecuado de la Conferencia.<sup>2</sup> En aquella ocasión, el Consejo autorizó al Director a que adoptara las medidas necesarias para organizar los servicios de secretaría de la XVI Conferencia, de manera que la labor de la misma se dividiera en sesiones plenarias y en sesiones de dos comisiones principales, una encargada del estudio de los asuntos técnicos, incluyendo los temas seleccionados para las Discusiones Técnicas, y otra de asuntos administrativos, financieros y jurídicos.

Expresó el Director que, como ya era de conocimiento de los miembros del Comité Ejecutivo, el país sede de la Conferencia, Argentina, le informó en comunicación fechada el 4 de abril, de que las circunstancias le obligaban a "declinar el honor que le confirieron los países hermanos de reunir en Buenos Aires la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana." El Gobierno de la Argentina envió una comunicación análoga al Secretario General de la OEA, Dr. Mora, quien dio cuenta de ella a la Oficina con fecha 12 de abril. El Director envió a los Gobiernos, un cable, con fecha 13 de abril, informándoles de esta situación, y les comunicó que

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 36.

el Comité Ejecutivo, de acuerdo con el párrafo D del Artículo 14 de la Constitución de la Organización, podría examinar este asunto en su 46ª Reunión.

Señaló el Director que en el documento presentado al Comité se plantean tres aspectos relacionados con la Conferencia. En primer lugar, el Reglamento Interno de la misma, que fue estudiado por el Subcomité que revisó los textos de los documentos básicos de la OPS y presentó a la XIII Reunión del Consejo el correspondiente proyecto que oportunamente examinará la Conferencia al adoptar su propio Reglamento. El segundo aspecto es el relativo a los informes que los Estados de la Organización deben presentar sobre las condiciones y progresos alcanzados en materia de salud en los cuatro años que han mediado entre la XV y la XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas. Se proyecta este año preparar un resumen basado en los datos enviados a la Oficina, que será examinado en sesión plenaria. Los Jefes de las Delegaciones podrán complementar entonces la información sobre sus respectivos países. Terminados los informes orales de las Delegaciones, los puntos concretos sobre problemas de salud pública que se consideren merecedores de especial estudio, se seleccionarán para ser examinados por la Comisión I (Asuntos Técnicos).

Y finalmente, el Comité Ejecutivo ha de elegir el lugar de la Conferencia. Dada la brevedad del plazo de que se dispone, y teniendo en cuenta que la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó una resolución en el sentido de que cuando, por determinadas razones, la Conferencia no pueda celebrarse en el país invitante, tendrá lugar en la Sede de la Oficina<sup>1</sup> (disposición que fue confirmada en el Artículo 13 del Reglamento vigente de la Conferencia), el Director sugirió que la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana se celebrase en la Sede de la Oficina. No obstante, como los edificios de la misma no reúnen las condiciones adecuadas, y por la premura del tiempo hacía falta cierta elasticidad en cuanto a la determinación del lugar exacto de la Conferencia, así como respecto a los demás detalles de su organización, el Director propuso al Comité que facultase al Presidente y a él para adoptar las medidas pertinentes en ese aspecto.

El Presidente declaró que, como argentino, deseaba expresar su agradecimiento a los países her-

manos por haber aceptado la invitación formulada en la anterior Conferencia, invitación que las circunstancias habían obligado a posponer, y reiteró la aspiración de su país de celebrar en él una Conferencia Sanitaria Panamericana en otra oportunidad.

En la séptima sesión, el Comité aprobó las siguientes resoluciones sobre este tema:

#### RESOLUCIÓN XIV

El Comité Ejecutivo,

Visto que el Gobierno de la Argentina ha informado al Director que, por circunstancias imprevistas, se encuentra en la necesidad de aplazar su invitación para que la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, se celebrara en territorio argentino, posponiendo su ofrecimiento para una ulterior oportunidad;

Considerando que la Resolución XXIII adoptada por la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana y el Artículo 13 del Reglamento Interno de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana y el Artículo 2 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, cuya aprobación recomendó el Consejo Directivo en su XIII Reunión, disponen que cuando el país elegido para Sede de una Conferencia Sanitaria Panamericana no pueda, por circunstancias especiales, cumplir el compromiso contraído, la reunión de dicha Conferencia se celebrará automáticamente en la Sede de la Oficina Sanitaria Panamericana;

Teniendo en cuenta que la Resolución XXI de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana dispone "que continúe la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana en el territorio de los Estados Unidos";<sup>2</sup> y

Teniendo en cuenta que es necesario fijar otro lugar para la celebración de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana y que queda muy poco tiempo para hacer los necesarios preparativos materiales y demás gestiones,

#### RESUELVE:

1. Encomendar al Presidente del Comité Ejecutivo y al Director de la Oficina que se consulten acerca de los preparativos necesarios a fin de que la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, pueda celebrarse en la Sede de la Oficina Sanitaria Panamericana.

2. Encargar al Director que, una vez establecida la fecha, convoque la Conferencia.

#### RESOLUCIÓN XV

El Comité Ejecutivo,

Considerando que la Resolución XV de la III Reunión del Consejo Directivo aconsejó que "en cada una de las Confe-

<sup>1</sup> Publicación de la OPS 261, 162.

<sup>2</sup> *Ibid.*, 261, 161.

rencias Sanitarias Panamericanas los Gobiernos Miembros presenten una información escrita, de preferencia estadísticas sobre las labores realizadas entre una y otra Conferencia".<sup>1</sup>

Teniendo en cuenta que la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, en su Resolución XXIV, consideró "que el Resumen de los Informes de los Estados Miembros, preparado por la Oficina Sanitaria Panamericana es un valioso documento para conocer los problemas de salud de las Américas".<sup>2</sup>

Considerando que la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, en su Resolución XXXVII, acordó "recomendar a los Países Miembros que tomen las medidas necesarias para que los informes sobre sus condiciones de salud, que prepararán para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, incluyan información completa en los distintos campos de la estadística", y solicitó la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana para la prestación de servicios técnicos destinados a ayudar a los países en la obtención de la información estadística necesaria para la preparación del informe cuatrienal que se presentará a la Conferencia;<sup>3</sup> y

Habiendo examinado el proyecto de procedimiento (Documento CE46/14), para el análisis de los referidos informes en la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana (Punto 29 del proyecto del programa de temas),

**RESUELVE:**

Recomendar al Director que en la presentación y examen, en la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, del resumen de los informes de los Gobiernos a que se refiere el tema "Informe de los Estados de la Organización sobre sus condiciones y progresos alcanzados, en materia de salud, en el período transcurrido entre la XV y la XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas", se adopte el procedimiento siguiente:

a) El documento que resume los informes cuatrienales de los Gobiernos se presentará en sesión plenaria.

b) Los Delegados de los Gobiernos que deseen complementar la información sobre sus respectivos países, podrán hacer uso de la palabra inmediatamente después de la presentación del documento.

c) Terminados los informes orales de las Delegaciones, los puntos concretos sobre los problemas de salud pública que se consideren merecedores de especial estudio, se seleccionarán para ser examinados por la Comisión I (Asuntos Técnicos).

**13. Anteproyecto de programa de temas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas**

El Dr. Sutter (Subdirector, OSP) presentó en la sexta sesión el Documento CE46/2,<sup>4</sup> correspondiente a este tema. Señaló que el párrafo E del Ar-

tículo 7 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud establece que el programa provisional de la Conferencia será preparado por el Director de la Oficina y sometido al Comité Ejecutivo para su aprobación. De conformidad con esta disposición constitucional, el Director había preparado un anteproyecto de programa que comprendía 33 temas. Por otra parte, teniendo en cuenta que el programa provisional comprenderá cualquier tema propuesto por los Gobiernos de la Organización, el Director remitió a los Gobiernos, con fecha 20 de febrero de 1962, el referido documento y solicitó de los mismos que se sirvieran proponer los nuevos temas que, a su juicio, debiera considerar la Conferencia.

El Dr. Bravo (Chile) presentó una moción en el sentido de que se incluyera en el programa de la Conferencia el tema 16 del programa de la actual reunión del Comité Ejecutivo, titulado "Comunicación del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos transmitiendo el Acta Final de la Octava Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores para servir de órgano de consulta en aplicación del Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca".

El Comité adoptó por unanimidad la moción presentada por el Representante de Chile y, en consecuencia, aprobó en la séptima sesión la siguiente

**RESOLUCIÓN XVI**

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el anteproyecto de programa de temas (Documento CSP16/1) preparado por el Director para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana; y

Considerando que el párrafo E del Artículo 7 de la Constitución establece que "el programa provisional de la Conferencia será preparado por el Director de la Oficina y sometido al Comité Ejecutivo para su aprobación" y que, de acuerdo con las disposiciones vigentes, los Gobiernos pueden proponer los temas que a su juicio deba considerar la Conferencia,

**RESUELVE:**

1. Aprobar el anteproyecto de programa de temas preparado por el Director (Documento CSP16/1) para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, incorporando al mismo el tema titulado "Comunicación del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos transmitiendo el Acta Final de la Octava Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores para servir de órgano de consulta en aplicación del Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca".

<sup>1</sup> Publicación de la OSP 246, 31.

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 14, 664-665.

<sup>3</sup> Documento Oficial de la OPS 27, 42.

<sup>4</sup> Documento mimeografiado.

2. Autorizar al Director para que incorpore al proyecto de programa referido los nuevos temas que propongan oportunamente los Gobiernos y organizaciones con derecho a proponer temas.

14. *Comunicación del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos transmitiendo el Acta Final de la Octava Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores para servir de órgano de consulta en aplicación del Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca*

Al presentarse en la sexta sesión el Documento CE46/9<sup>1</sup> sobre este tema, el Dr. Angulo (Colombia) propuso que no se examinara, toda vez que el Comité acababa de aprobar la inclusión de dicho tema en el programa de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Comité aprobó por unanimidad la moción del Representante de Colombia.

El Presidente señaló que, ante la decisión del Comité Ejecutivo de no debatir el tema y de incluirlo en el programa de la Conferencia Sanitaria Panamericana, procedía dar traslado del documento con sus antecedentes, a la Conferencia, a sus efectos, teniendo en cuenta lo establecido en las disposiciones de los instrumentos que rigen la Organización, el doble papel de la Organización Panamericana de la Salud como organismo especializado del sistema interamericano y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, y el hecho de que los Estados Americanos que son miembros de ambas organizaciones, están todos en ella representados.

*Así quedó acordado por unanimidad.*

15. *Moción de los Representantes de Nicaragua y Uruguay*

En la octava sesión el Dr. Bertolini (Uruguay) señaló que, a pesar de los aumentos aprobados recientemente en la escala de sueldos básicos del personal profesional de la Oficina Sanitaria Panamericana, siguiendo las medidas que, en el mismo sentido, habían aprobado ya otras organizaciones internacionales, el sueldo del Director seguía siendo el mismo que se estableció hace más de 10 años.

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.

Por otra parte, el Director no percibe los subsidios de que, por diversos conceptos, disfrutaban los demás funcionarios internacionales. Añadió el Dr. Bertolini que, en su opinión, era necesario subsanar tal estado de cosas, y propuso que el Comité recomendara a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana que el sueldo del primer funcionario de la Organización se eleve a un nivel adecuado a su alta jerarquía. Se debe sugerir, asimismo, a la Conferencia que se le señalen al Director, en la oportuna proporción, los subsidios de que ya disfrutaban los demás funcionarios internacionales.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) se mostró plenamente de acuerdo con lo propuesto por el Dr. Bertolini.

El Dr. Bravo (Chile) dijo que, a su juicio, este era un asunto que incumbía plenamente a la Conferencia. Por otra parte, la Asamblea Mundial de la Salud va a examinar, en su próxima reunión, el problema de los sueldos de los Directores Regionales, por lo que pudiera no ser oportuno que, en este momento, el Comité adoptase un acuerdo sobre este asunto.

El Dr. Díaz del Pinal (El Salvador) estimó que en realidad, sólo existía una discrepancia aparente, basada en el procedimiento a seguir, pero que no afectaba al fondo de la proposición.

Finalmente, el Comité Ejecutivo, a propuesta de los Dres. Bertolini y Sánchez Vigil, aprobó por tres votos a favor, ninguno en contra y dos abstenciones, la siguiente:

RESOLUCIÓN XVII

El Comité Ejecutivo,

Teniendo en cuenta los aumentos que, en la escala de sueldos básicos de los funcionarios de categoría profesional, han introducido recientemente las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y otros organismos internacionales;

Considerando que este Comité Ejecutivo, en el curso de la presente reunión, ha aprobado un aumento de sueldos para el Director Adjunto y el Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana;

Teniendo en cuenta que el sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana no ha experimentado cambio alguno desde que se estableció, hace más de 10 años, y que es de justicia elevarlo a un nivel adecuado a la alta posición y grandes responsabilidades del primer funcionario de la Organización Panamericana de la Salud; y

Considerando que los funcionarios profesionales de las organizaciones internacionales perciben, además de su sueldo básico, diversos subsidios en relación con circunstancias fami-

haires, lugar de destino, costo de vida y otras varias consideraciones,

**RESUELVE:**

Sugerir a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana que el sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana se aumente a un nivel adecuado a la alta jerarquía e importantes funciones de dicho funcionario, estableciendo, además, en la oportuna proporción, los subsidios de que ya disfrutaban los demás funcionarios internacionales.

En la sesión de clausura, el Dr. Bravo (Chile) pidió que quedara constancia de que, si se abstuvo en la votación relativa a la moción de los Representantes de Nicaragua y Uruguay, sobre el aumento de sueldo del Director, no fue por considerar injustificado dicho aumento, sino por discrepar en cuanto a la forma y oportunidad de la moción. El Dr. Lynch (Perú) declaró que su posición coincidía plenamente con la que había expuesto el Representante de Chile.

**16. Clausura de la Reunión**

La sesión de clausura se celebró el día 27 de abril. Se dio lectura en ella al Informe Final y los Representantes de Chile, Perú y Nicaragua formularon observaciones y solicitaron varias enmiendas al texto del mismo, que fueron aprobadas.

El Dr. Bertolini (Uruguay) pidió que quedara constancia del reconocimiento y la felicitación del Comité a la Secretaría y a todo el personal de la Oficina Sanitaria Panamericana que había cooperado en los trabajos de la reunión. Asimismo, pidió que se hiciera constar el reconocimiento del Comité al Gobierno de los Estados Unidos de América por la hospitalidad dispensada a todos los participantes en la reunión.

El Dr. Bravo (Chile) se sumó a las manifestaciones del Dr. Bertolini y pidió que se hiciera constar igualmente la felicitación de los miembros del Comité Ejecutivo a su Presidente, Dr. Victorio Vicente Olguín, Representante de la Argentina, por la habilidad, gentileza y ecuanimidad con que había dirigido los debates. Señaló que la documentación presentada al Comité había sido clara y precisa, proporcionando todos los elementos de juicio necesarios. Felicitó por ello al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y a sus colaboradores.

El Dr. Lynch (Perú) apoyó las manifestaciones de los Representantes de Chile y Uruguay.

El Ing. Olivero (Observador, Banco Interamericano de Desarrollo) agradeció a la Organización Panamericana de la Salud la invitación dirigida al Banco Interamericano de Desarrollo para enviar un observador a la reunión. Expresó asimismo el reconocimiento de la entidad por él representada, a la Oficina Sanitaria Panamericana, con motivo de la colaboración y ayuda que ésta le presta en programas de salud pública que, como los de ingeniería sanitaria, y muy especialmente los de agua y alcantarillado, son de tanta importancia para el desarrollo económico y social de la América Latina.

El Presidente señaló la importancia de los acuerdos adoptados en la reunión y agradeció al Vicepresidente del Comité y a todos los Representantes la colaboración que habían prestado a la Presidencia en el curso de la misma. En su propio nombre y en el del Comité agradeció al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y al personal de la misma la eficiente labor realizada en la organización y desarrollo de la reunión. Destacó el agradecimiento del Comité al Gobierno de los Estados Unidos de América por la hospitalidad brindada en los locales de la Secretaría de Estado, donde el Comité había celebrado sus sesiones, y, finalmente, declaró clausurada la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo.

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del Comité y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretario *ex officio*, firman el presente Informe Final, en los idiomas español e inglés, cuyos textos tendrán igual valor auténtico.

Hecho en Washington, D. C., Estados Unidos de América, el día veintisiete de abril de 1962. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias de éstos a los Gobiernos Miembros.

VICTORIO VICENTE OLGUÍN  
Presidente del Comité Ejecutivo,  
Representante de la Argentina

ABRAHAM HORWITZ  
Director de la Oficina Sanitaria  
Panamericana, Secretario *ex officio*  
del Comité Ejecutivo

**INFORME FINAL DE LA 47ª REUNION DEL COMITE EJECUTIVO**

*Minneapolis, Minnesota, 3 de septiembre de 1962.*

La 47ª Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud se celebró en la ciudad de Minneapolis, Minnesota, el día 3 de septiembre de 1962, de acuerdo con la convocatoria

del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. En la sesión plenaria única estuvieron presentes los siguientes Miembros del Comité, Observadores y funcionarios de la Oficina:

**Miembros:**

- Dr. Victorio Vicente Olguín
- Dr. Alfonso A. S. von der Bëcke
- Dr. Max Terán Valls
- Dr. Carlos Manuel Prada Díaz
- Dr. Alfredo Leonardo Bravo
- Dr. Charles L. Williams
- Sr. Howard B. Calderwood
- Dr. Francisco Urcuyo Maliaño
- Dr. Manuel A. Sánchez Vigil
- Dr. Carlos S. Quirós
- Dr. Orestes Vidovich

**Miembro y Secretario ex officio del Comité:**

- Dr. Abraham Horwitz, Director

**Observadores:**

- Dr. Jaime Pérez Aréchila
- Dr. Roberto Nevárez Vásquez
- Dr. Raymond G. Hyronimus
- Dr. Robert A. Rose-Rosette

**Asesores del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana:**

- Dr. John C. Cutler, Director Adjunto
- Dr. Víctor A. Sutter, Subdirector
- Dr. Stuart Portner, Jefe de Administración

**Jefe de los Servicios de Secretaría:**

- Dr. José Quero Molares

**Nuevos miembros**

Abrió la reunión el Dr. Victorio Vicente Olguín (Argentina), Presidente del Comité, quien dio la bienvenida a los Representantes de Costa Rica y Estados Unidos de América, elegidos por la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana para ocupar las vacantes producidas por haber llegado a su término el mandato de Colombia y El Salvador.

Documento CE47/1...

ARGENTINA

COSTA RICA

CHILE

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

NICARAGUA

PERÚ

URUGUAY

**OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

COLOMBIA

ECUADOR

FRANCIA

**Mesa Directiva**

Se procedió a la elección del Presidente del Comité Ejecutivo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 18 de la Constitución y en el Artículo 9 del Reglamento Interno. Fue elegido el Dr. Francisco Urcuyo Maliaño, Representante de Nicaragua, que pasó a ocupar la Presidencia. Seguidamente se eligió Vicepresidente al Dr. Alfredo Leonardo Bravo, Representante de Chile.

El Dr. Olgún agradeció a los Representantes salientes y a todo el Comité Ejecutivo así como al personal de la Oficina, la valiosa colaboración prestada que facilitó el desempeño de su tarea como Presidente.

El Dr. Urcuyo y el Dr. Bravo expresaron su agradecimiento por la designación de que les hizo objeto el Comité Ejecutivo.

### Programa de temas

Se aprobó el programa de temas presentado en el Documento AG/1.<sup>1</sup>

### Temas tratados

En el curso de la 47ª Reunión se examinaron los siguientes temas:

#### 1. Fecha de la 48ª Reunión del Comité Ejecutivo

El Dr. Horwitz (Director, OSP) manifestó que ha sido costumbre que la reunión de primavera del Comité Ejecutivo se celebre en estrecha relación con la Asamblea Mundial de la Salud, ya que es frecuente que los Gobiernos designen a sus Representantes en el Comité Ejecutivo para que asistan a la Asamblea Mundial. Añadió que, por este motivo, suele fijarse como fecha de reunión del Comité Ejecutivo la semana que precede al comienzo de la Asamblea Mundial de la Salud.

Expuso luego que, según sus informes, dicha Asamblea iniciará sus actividades el 7 de mayo de 1963 y, habiendo mostrado la experiencia de las anteriores reuniones del Comité Ejecutivo que el programa de temas puede requerir para su discusión más de seis días de sesiones, sugirió que, como se había venido haciendo, el Comité tuviera a bien delegar en su Presidente y en el Director de la Oficina la fijación de la fecha de la 48ª Reunión, para su oportuna comunicación a los señores Representantes.

El Dr. Olgún (Argentina) se adhirió al criterio expuesto por el Director de la Oficina.

El Dr. Bravo (Chile) apoyó, asimismo, la proposición del Director, pero recomendó que dicha fecha se fijara de forma que no sea demasiado largo el

lapso que media entre la terminación de la reunión del Comité y el comienzo de la Asamblea Mundial de la Salud.

*Se acordó delegar en el Presidente del Comité Ejecutivo y en el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana la fijación de la fecha de la 48ª Reunión del Comité Ejecutivo.*

#### 2. Estudio de la organización de la Conferencia

El Sr. Calderwood (Estados Unidos de América) afirmó que teniendo en cuenta la experiencia obtenida en la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, la organización de las futuras Conferencias podría simplificarse. Señaló que el salón en que se estaba celebrando la reunión del Comité no había sido utilizado durante la mayor parte del tiempo en que tuvo lugar la Conferencia, y que en él sólo se reunió una vez la Comisión II y se desarrollaron además las Discusiones Técnicas; para el resto de las sesiones se ocupó otro salón. Estimo, por tanto, que resultaba demasiado costoso contratar dos salones cuando es probable que uno solo hubiera sido suficiente, aplicándose en ese caso a otras actividades de la Oficina la suma que se hubiese ahorrado. Sugirió luego la posibilidad de que todos los temas de las Conferencias se examinen en las sesiones plenarias, designando en caso necesario grupos de trabajo. Indicó, sin embargo, que tal vez sería conveniente mantener las dos Comisiones principales y dividir entre ellas los temas, de manera que los de carácter técnico fueran reservados a una de ellas y los administrativos, jurídicos y financieros a la otra. Expresó su opinión de que el asunto debería estudiarse y que el Consejo Directivo podría tomar una decisión antes de que se reuniera la próxima Conferencia, a la cual habría que someter sus recomendaciones. Manifestó seguidamente que en la XVI Conferencia habían surgido algunas dudas sobre si el procedimiento seguido de elegir las autoridades de la Conferencia en reuniones de Jefes de Delegaciones era compatible con las disposiciones constitucionales relativas a la elección por votación secreta, etc., mostrándose partidario de que todas estas cuestiones relativas a la organización de la Conferencia sean examinadas.

Recordó que había sido preciso modificar el Reglamento Interno para adaptarlo al texto revisado de la Constitución que el Consejo Directivo aprobó

<sup>1</sup> Documento mimeografiado.



en su reunión del pasado otoño. Aunque el nuevo Reglamento Interno constituya un perfeccionamiento comparado con el antiguo, pueden encontrarse en él—declaró el orador—algunas anomalías que deberían corregirse; por ejemplo, el Artículo 13 dispone que las sesiones plenarias se dedicarán a asuntos de interés general y a la discusión y aprobación de los informes de las diferentes comisiones y, según el Artículo 28, la Conferencia establecerá las comisiones que considere necesarias. Es evidente—afirmó—que estos dos artículos tienen que ajustarse. Añadió que en el Reglamento hay disposiciones que exigen que el Vicepresidente que preside una sesión designe a otro miembro de su Delegación para hablar en su nombre en las sesiones plenarias, y, en la práctica, cualquier Delegado habla en las sesiones plenarias de la Conferencia sin ser designado por el Jefe de la Delegación.

Manifestó el orador que tales anomalías del Reglamento Interno deberían corregirse y, en consecuencia, consideró que podría presentar una proposición, en la que se invitaría al Director a llevar a cabo un estudio sobre los Documentos Básicos a fin de simplificar la organización de las Conferencias Sanitarias Panamericanas y aclarar su Reglamento Interno.

El Dr. Quirós (Perú) se mostró de acuerdo con lo expresado por el Representante de los Estados Unidos de América y afirmó que había una serie de puntos que convendría revisar; se refirió, en particular, a la elección de Director, pues si bien el Reglamento establece que será secreta, lo cierto es que antes de procederse a la elección se hace la designación de candidatos, con lo que se pone de relieve que, en realidad, la elección ya no es tan secreta.

El Dr. Bravo (Chile) también apoyó la moción del Sr. Calderwood fundándose en que, a su juicio, hay en el Reglamento Interno una serie de pequeños detalles que conviene aclarar. Señaló como ejemplo lo sucedido en el curso de la Conferencia al ausentarse el Presidente y el Vicepresidente, y manifestó también que los arreglos para la sustitución de Delegados en la Comisión General hubo que hacerlos en forma casi improvisada, por no existir una disposición reglamentaria lo suficientemente precisa para resolver estas contingencias.

El Dr. Olgún (Argentina) consideró asimismo de importancia la proposición formulada por el Sr. Calderwood. Afirmó que en el curso de la Conferencia habían surgido circunstancias y situaciones

que aconsejan la adopción de nuevos procedimientos o la modificación de los existentes, a fin de encontrar una mecánica que se acerque a lo ideal.

Se refirió seguidamente al aspecto económico señalado por el Representante de los Estados Unidos de América, y juzgó también importante que se revisen y consideren aquellos puntos de la organización de las Conferencias cuya modificación puede servir para que disminuya el costo de esta clase de reuniones, pero estimó necesario que las medidas que se adopten traten de mantener en lo posible la jerarquía de la Conferencia.

El Dr. Horwitz (Director, OSP) señaló que sería conveniente que el Representante de los Estados Unidos de América formulara su proyecto de resolución en términos muy concretos, ya que, para emprender un estudio de esa naturaleza, la Dirección necesitaría que se precisara el alcance del mismo. Dijo que, a su juicio, lo que se pedía era una revisión de la organización de la Conferencia apoyándose en la experiencia obtenida en la que acababa de celebrarse, a fin de eliminar ciertas anomalías en cuanto a las prácticas y procedimientos seguidos.

El Sr. Calderwood (Estados Unidos de América) contestó que él había formulado su proposición en términos lo suficientemente amplios a fin de que pudieran expresar sus puntos de vista otros miembros del Comité o Delegados a la Conferencia que tuvieran alguna sugerencia para simplificar la organización de las mismas o para eliminar las anomalías que hubiesen descubierto. Estimó que el estudio debería limitarse a los dos puntos indicados, pero no hacerse extensivo a todos los Documentos Básicos con la idea de revisar el Reglamento Interno del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo o modificar la Constitución, antes bien revisar los Documentos Básicos en lo referente a las disposiciones que hacen referencia a la organización de la Conferencia. Indicó que esto era lo primero que cabría hacer; lo segundo sería, simplemente, suprimir del Reglamento Interno las anomalías que se pudieran encontrar, y añadió que sometería a la Secretaría una lista de artículos que, en su opinión, deberían ser objeto de nuevo examen. Habría tiempo para ello, ya que no era necesario que el estudio se iniciara inmediatamente.

El Dr. Terán Valls (Costa Rica) propuso que se acordara una suspensión de la sesión para que los Representantes se pusieran de acuerdo con el de los Estados Unidos de América sobre los artículos

o aspectos en que el Comité deseaba que se revisara el Reglamento Interno.

El Dr. Bravo (Chile) apoyó la moción del Representante de Costa Rica.

*Así quedó acordado.*

Al reanudarse la sesión, el Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) manifestó que, dada la magnitud del problema y lo complejo del trabajo, resultaba insuficiente el tiempo de que se disponía en la reunión para tomar una resolución sobre el asunto, y que, teniendo en cuenta la importancia de la misma, debería ser aprobada por todos los Gobiernos, no sólo por el Comité Ejecutivo.

El Sr. Calderwood (Estados Unidos de América) expuso que, en su opinión, el Director debía iniciar un estudio con un doble objeto: por una parte, simplificar la organización de la Conferencia y, por otra, aclarar el Reglamento Interno, subsanar las anomalías y mejorar algunas de las disposiciones del mismo. Para facilitar la tarea—añadió—hay que pedir a los Gobiernos que presenten las observaciones y sugerencias que tengan por conveniente, en el plazo de un año, a fin de que el Director disponga de dos o tres años para estudiarlas, y de que el Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo adopten una resolución antes de la Conferencia de 1966.

Después de formulada esta explicación, el Sr. Calderwood leyó el texto preparado durante la suspensión de la sesión y redactado en los siguientes términos: "El Comité Ejecutivo: 1) Encomienda al Director que lleve a cabo un estudio de las correspondientes disposiciones de los documentos básicos, con el objeto de simplificar la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana y de aclarar su Reglamento Interno; y 2) Encomienda al Director que invite a los Gobiernos de la Organización a presentar, antes de la próxima reunión del Consejo Directivo en 1963, observaciones y sugerencias a fin de facilitar este estudio".

El Dr. Horwitz (Director, OSP) manifestó que había solicitado del Representante de los Estados Unidos de América que aclarara su proposición por-

que, en la forma en que había sido enunciada al principio, evidentemente no permitía a la Secretaría orientar sobre bases firmes el estudio solicitado. Por otra parte—añadió—estimaba que era indispensable contar con la opinión de un número importante de Gobiernos respecto a los puntos en que consideren conveniente modificar la mecánica de la Conferencia y las disposiciones reglamentarias correspondientes.

Expuso el orador que estaba dispuesto a emprender el estudio propuesto, pero, ante la conveniencia de contar con la opinión de los Gobiernos, tenía la intención de enviar una circular en el curso de las próximas semanas, aprovechando la circunstancia de que en esos momentos se tendrá un recuerdo más vivo de la Conferencia, lo cual permitirá recibir opiniones con mayor brevedad. Añadió que, sobre esta base, la Oficina reuniría los antecedentes y prepararía un primer informe al Cuerpo Directivo correspondiente.

*Así quedó acordado.*

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del Comité y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretario *ex officio*, firman el presente Informe Final, en los idiomas español e inglés, cuyos textos tendrán igual valor auténtico.

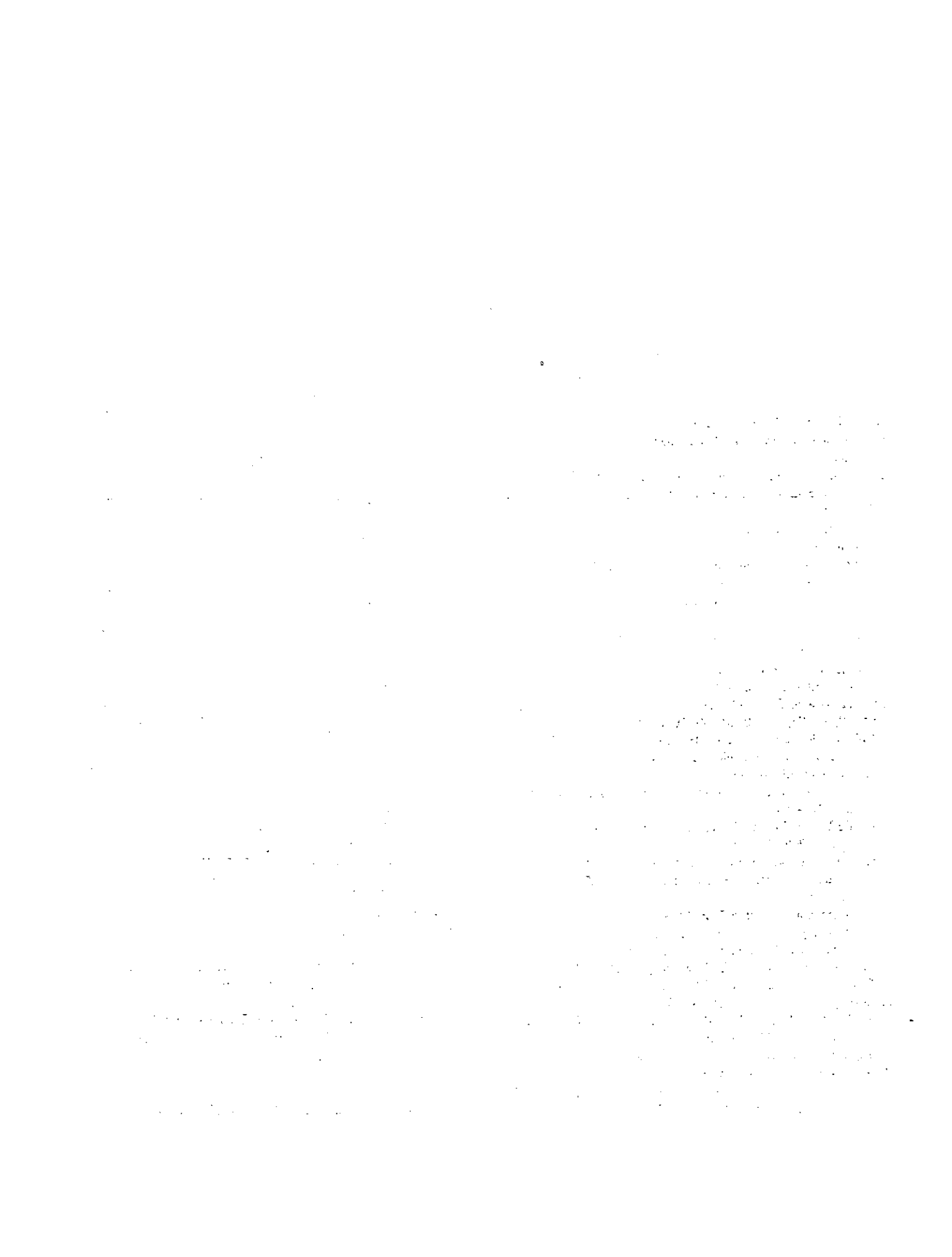
HECHO en Minneapolis, Minnesota, Estados Unidos de América, el día tres de septiembre de mil novecientos sesenta y dos. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias a los Gobiernos de la Organización.

FRANCISCO URCUYO MALIANO  
Presidente del Comité Ejecutivo,  
Representante de Nicaragua

ABRAHAM HORWITZ  
Director de la Oficina Sanitaria  
Panamericana, Secretario *ex officio*  
del Comité Ejecutivo



## INDICE



## INDICE

*(Las referencias a los informes finales del Comité Ejecutivo aparecen en letra cursiva al final de cada uno de los temas principales.)*

- Aabel, Bernard (Asociación Médica Mundial), 9
- Acta de Bogotá (*véase bajo* Organización de los Estados Americanos)
- Actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este y proyecciones futuras (tema 2.9) discusión en  
Comisión I, 257-258  
sesión plenaria, 178  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 314-315, 326-331
- Actividades sociales, 24-25
- Admisión de Estados en la OPS, procedimiento para, 41, 59-62
- Aedes aegypti*, erradicación, estado en las Américas (tema 2.4) discusión en  
Comisión I, 241-246  
sesión plenaria, 45, 176-177
- Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), 44, 45, 61, 64, 68, 71, 74, 79, 80, 91, 99, 100, 102, 103, 111, 120, 135, 137, 172, 206, 254, 257, 282, 283, 288, 289, 290, 296, 297, 302
- Agentes exógenos, evaluación clínica y farmacológica, 166
- Agua, abastecimiento de  
aspectos del, en los programas de viviendas urbanas y rurales, 162-164  
Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, OPS, 50, 161, 203, 206, 212  
plan continental de abastecimiento público y de eliminación de aguas servidas, estado del (tema 2.7) discusión en  
Comisión I, 202-207, 207-214  
sesión plenaria, 48-50, 160-162, 174  
(*véase también* Saneamiento del medio)
- Aguilar Rivas, Alberto (El Salvador), 6, 240, 295
- AID (*véase* Agencia para el Desarrollo Internacional)
- Alianza para el Progreso, 32, 33, 34, 37, 52, 63, 72, 74, 77, 80, 91, 92, 113, 117, 121, 139, 156-157, 166, 173, 177, 204, 206, 212, 234, 256, 266, 309
- Allen, Raymond B. (OSP), 8, 224, 225
- Alvarez Amézquita, José (México), *Presidente de la Conferencia y de la Comisión General*, 7, 10, 29, 38, 39, 39-40, 41, 41-42, 52, 56, 57-63, 65-66, 68-69, 71, 73, 74-75, 77, 78, 81, 86, 88, 92, 95, 96, 97-99, 101, 104, 109, 112, 114, 116, 121-127, 133, 147, 149, 191-193  
discurso en sesión inaugural, 36-37
- Amberg, Ray (Federación Internacional de Hospitales), 9
- Andersen, Elmer L. (Gobernador del Estado de Minnesota, E.U.A.), 4, 29  
discurso en sesión inaugural, 30-31
- Anderson, A. Genevieve (Federación Mundial para la Terapéutica Activa), 9
- Anderson, Gaylord W. (Director, Escuela de Salud Pública, Universidad de Minnesota, E.U.A.), 4, 6, 228-229
- Anderson, John A. (Organización Internacional de Pediatría), 9
- Angulo, Alvaro de (Colombia), 317
- Aniversario de la OPS, 60º, conmemoración, 186-187
- Arbona, Guillermo (Estados Unidos de América), *Presidente Provisional de la Conferencia y Relator, Discusiones Técnicas*, 6, 12, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38-39  
palabras de, en sesión inaugural, 30
- Argentina  
delegación, 5  
informes sobre  
abastecimiento de agua, 207-208  
*Aedes aegypti*, 244  
condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 77-78  
malaria, 282-283  
nutrición, 222  
tuberculosis, 251-252  
viruela, 235  
observaciones sobre el informe cuatrienal del Director, 65
- Asociación Internacional de Fomento, 49
- Asociación Médica Mundial, 9
- Atención médica (*véase* Discusiones Técnicas sobre)
- Atkins, C. H. (Estados Unidos de América), 6, 205-207
- Auditor Externo (*véase* Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo)
- Avilés, Orontes (Nicaragua), 7
- Azurdia, Roberto (Guatemala), 7, 58-59, 59, 60, 99-101, 126

- Banco de Exportación e Importación, E.U.A., 49, 206, 210, 211  
 Banco Interamericano de Desarrollo, 9, 49, 84, 96, 99, 127, 156, 161, 178, 206, 210, 211, 212, 213, 258, 267, 302  
 Acuerdo concertado entre la OPS y el BID respecto a las actividades de asistencia técnica, 164-165, 214
- Banco Mundial, 49
- Barr, Robert N. (Departamento de Salud, Estado de Minnesota, E.U.A.), 4, 6
- Bassett, Sra. de Clarke, 4
- Batlle, Rafael A. (República Dominicana), 8
- Becas, programa de la OPS, 51
- Bengoa, José María (OSP), 8, 218-220
- Bertoïni, Alberto (Uruguay), 317
- Bica, Alfredo N. (OSP), 8, 232-233, 241-242, 246-248
- Bichat Rodrigues (Brasil), *Comisión General y Presidente, Comisión II*, 5, 10, 11, 58, 78-81, 126, 193, 195, 197, 225-226, 259, 261, 262, 263, 265, 274, 288-289
- Bilka, Paul J. (Liga Internacional contra el Reumatismo), 9
- Borman, James (Servicio de Información, Estación Radiodifusora WCCO, Minneapolis, Minnesota, E.U.A.), 4
- Bowdler, William G. (Estados Unidos de América), 6, 317
- Bowman, Sra. de Frank W., 4
- Brasil: *delegación*, 5  
*informes sobre*  
 condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 78-81  
 malaria, 79, 288-289  
 viruela, 79, 234, 239
- Bravo, Alfredo Leonardo (Chile), *Comisión General y Director de debates, Discusiones Técnicas*, 6, 10, 12, 39, 55-56, 81-86, 179, 180-181, 181, 183, 193, 195, 196, 198, 199, 200, 200-201, 205, 221-222, 226-227, 252-253, 264-265, 302-303, 317, 350
- Brooks, Earl D. (OSP), 8
- Burke, Patrick W. C. (Jamaica), 7
- Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria (*véase* Malaria, Fondo Especial de la OPS)
- Calderwood, Howard B. (Estados Unidos de América), 6, 12, 185, 260, 263, 317, 350
- Calvo, Alberto E. (Panamá), *Relator, Comisión I*, 7, 11, 160-161, 163, 164, 165, 166, 166-167, 172, 173-174, 174, 175-176, 176-177, 177-178, 178, 202, 216, 217, 249-251
- Canadá  
*delegación*, 8  
*informes sobre*  
 condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 150-151
- Candau, M.G. (Director General, Organización Mundial de la Salud), 8, 29  
 discurso en sesión inaugural, 35-36
- Canyes, Manuel (Organización de los Estados Americanos), 317
- Carta de Punta del Este (*véase* bajo Organización de los Estados Americanos)
- Centros de Salud (véase Actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta)
- (*véase también* bajo Organización de los Estados Americanos)
- Carter, William A. (Banco Interamericano de Desarrollo), 9, 211-213
- Castillo, Demetrio (Venezuela), *Comisión de Credenciales y Comisión General*, 8, 10, 11, 123-124, 125, 182-183, 183, 198, 198-199, 200, 201, 230-231, 274-275, 301
- Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) (Venezuela), 72
- Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, 33, 48, 224, 226
- Centro Panamericano de Zoonosis, 48, 224, 225, 226, 249
- CEPAL (*véase* Comisión Económica para América Latina)
- Colombia  
*aportaciones*  
 Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, OPS, 161  
*delegación*, 15  
*informes sobre*  
*Aedes aegypti*, 246  
 condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 112-114  
 malaria, 288  
 nutrición, 222  
 tuberculosis, 256  
 viruela, 238-239
- Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos (Comisión II)  
 composición, 11, 39-40  
 informes, 167-169, 196  
 de las sesiones conjuntas con la Comisión I, 169-171, 172-174, 196  
 sesiones, 259-262  
 sesiones conjuntas con la Comisión I, 263-309  
 temas asignados a la, 192, 194, 195
- Comisión de Asuntos Técnicos (Comisión I)  
 composición, 11, 39-40  
 informes, 160-162, 164-167, 171-172, 175-179, 196, 197, 198, 200  
 de las sesiones conjuntas con la Comisión II, 169-171, 172-174, 196  
 sesiones, 202-258  
 sesiones conjuntas con la Comisión II, 263-309  
 temas asignados a la, 192, 194, 195, 197
- Comisión de Credenciales  
 composición, 10, 38  
 informes, 38, 62, 97
- Comisión Económica para América Latina, de las Naciones Unidas (CEPAL), 72, 178, 258, 273, 302, 304
- Comisión General  
 composición, 10, 149, 160  
 sesiones, 191-201
- Comisiones nacionales de Salud (*véase* bajo Organización Mundial de la Salud)
- Comisiones principales  
 composición, 39-40

- (véase también nombre de la comisión)
- Commission, Leonard M. (Reino Unido), 7, 61, 243-244
- expresiones de agradecimiento de, 160
- Comité Ejecutivo
- convocatoria de la 47ª Reunión, 187
- dietas para los miembros
- discusión en
- Comisiones I y II, 270, 275
- sesión plenaria, 170-171
- Comité Ejecutivo, informes finales, 326
- elección de los Países Miembros, 125-126, 159
- fecha de la 48ª Reunión, 351
- informes
- informe anual del Presidente, 41-42, 313-317
- informes finales
- 46ª Reunión, 317-349
- 47ª Reunión, 350-353
- reglamento interno, 314
- Comité del Estado de Minnesota para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, 4
- Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistentes Médicosociales (CICIAMIS), 9
- Confederación Mundial de Fisioterapia, 9
- Conferencia Sanitaria Panamericana
- estudio de la organización de la Conferencia, 354-355
- Conferencia Sanitaria Panamericana, XVI
- anteproyecto de programa, 316-317, 347-348
- clausura, 187-188
- convocatoria de la Conferencia, 3
- preparativos para, 316, 345-347
- Conferencia Sanitaria Panamericana, XVII
- lugares y fechas, 184-186, 201
- Consejo Internacional de Enfermeras, 9
- Costa Rica
- delegación, 85
- informes sobre
- Aedes aegypti*, 84
- condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 92-95, 101-103, 171-174, 181-182, 281-282
- malaria, 93-94, 283-285
- Crédenciales (véase Comisión de)
- Cuba
- delegación, 5-6
- informes sobre
- abastecimiento de agua, 208
- Aedes aegypti*, 128-129, 244-245
- condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 127-133
- malaria, 128, 295-296
- nutrición, 221-222
- tuberculosis, 129, 253-254
- observaciones sobre el informe cuadrienal del Director, 65-66
- Cuotas, informe sobre la recaudación de (tema 3.4)
- discusión en
- Comisión II, 261
- sesión plenaria, 167-168
- Cutler, John C. (Director Adjunto, OSP), 8, 196, 257-258, 258, 318, 350
- Chile
- delegación, 6
- informes sobre
- Aedes aegypti*, 85
- condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 81-86
- malaria, 84
- tuberculosis, 85, 252-253
- observaciones sobre el informe cuadrienal del Director, 55-56
- Dalrymple, Sra. de John S., 4
- Daniewicz, Catherine V. (Federación Mundial para la Terapéutica Activa), 9
- da Silva, Oswaldo J. (OSP), 8, 275-282, 298, 300
- da Silva, Tito Lopes (OSP), 8
- Dayton, Sra. de G. Nelson, 4
- de Araujo Moraes, Nelson Luiz (Brasil), 5, 216, 234, 239, 259
- Deinard, Sra. de Amos S., 4
- Delegaciones a la Conferencia, 5-9
- precedencia de, 39
- Delva, Hubert (Haití), 7, 297
- Densford Dreves, Katharine (Consejo Internacional de Enfermeras), 9
- Díaz-Coller, Carlos (OSP), 8
- Díaz del Pinal, Carlos Antonio (El Salvador), 317
- Director, OSP
- elección (tema 1.11), 121-125, 159
- procedimiento para, 121-122, 192-193
- informes (véase Informes del Director)
- remuneración (tema 3.9), 168-169, 262-263
- Comité Ejecutivo, informes finales, 348-349
- (véase también Horwitz; Abraham)
- Director Regional, OMS (véase Director, OSP)
- Discusiones Técnicas: "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud" (tema 2.14)
- informe del relator, 179
- discusión, 179-182
- mesa directiva, 12
- Discusiones Técnicas, selección del tema para la XIV Reunión del Consejo Directivo (tema 2.15): "Ideas para la formulación de un plan de control de las infecciones entéricas, incluyendo medidas de saneamiento ambiental, epidemiología, educación para la salud, y de diagnóstico y tratamiento oportuno"
- discusión, 183-184, 199, 258
- informe del grupo de trabajo, 182-183
- Dobson, Sra. de E. Wever, 4



- Dreves, Katharine Densford (Consejo Internacional de Enfermeras), 9
- Drobny, Abraham (OSP), 8
- Dupont, Jacques Pierre (Francia), 317
- Durán, Hernán (OSP), 8, 301-302
- Ecuador
- delegación, 6
  - informes sobre
    - condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 114-116
    - malaria, 296-297
    - viruela, 235-236, 239
  - observaciones sobre el informe cuatrienal del Director, 69
- Edificios e instalaciones para la Sede, informe (tema 3.6)
- discusión en
    - Comisiones I y II, 263-265
    - sesión plenaria, 169
  - Comité Ejecutivo, informes finales*, 314, 331-332
- Eldemire, Herbert Wellesley (Jamaica), 7, 61-62
- Eldridge, Alzora H. (Organización de los Estados Americanos), 9, 317
- Elección del Director (véase bajo Director, OSP)
- El Salvador
- delegación, 6
  - informes sobre
    - condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 98-99
    - malaria, 295, 300
    - viruela, 240
- Enfermería, programas de la OPS, 51
- Esguerra Barry, Roberto (UNICEF), 9
- declaración de, 158-159
- Estadísticas de mortalidad (véase Mortalidad, investigación interamericana)
- Estados Unidos de América
- aportaciones
    - Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, OPS, 50, 161
    - Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria, OPS, 44, 173, 300, 301
  - delegación, 6
  - informes sobre
    - Aedes aegypti*, 246
    - viruela (intervención), 238
  - observaciones sobre el informe cuatrienal del Director, 66-68
- Estatuto del Personal, enmiendas (véase bajo Personal, OSP)
- Evaluación clínica y farmacológica de agentes exógenos (véase Agentes exógenos)
- FAO (véase Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación)
- Federación Internacional de Hospitales, 9
- Federación Internacional de Odontología, 9
- Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos, 9
- Federación Mundial para la Terapéutica Activa, 9
- Fiebre amarilla (véase *Aedes aegypti*)
- Finanzas (véase Informe financiero del Director)
- Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua (véase bajo Agua)
- Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria (véase Malaria, Fondo Especial)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 9, 44, 46, 47, 50, 63, 68, 76, 78, 79, 80, 83, 84, 85, 91, 92, 99, 101, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 127, 139, 148, 157, 167, 172, 177, 210, 218, 219, 222, 243, 247, 248, 250, 252, 253, 254, 256, 257, 271, 282, 283, 288, 289, 291, 292, 293, 294, 295, 297, 307
- declaración del observador, 158-159
- Fondo de Préstamos de Fomento, E.U.A., 49
- Fondo Rotatorio de Emergencia (tema 3.5)
- discusión en
    - Comisión II, 261
    - sesión plenaria, 168
  - Comité Ejecutivo, informes finales*, 315, 342-343
- Francia
- delegación, 6
  - informes sobre
    - Aedes aegypti*, 86, 245-246
    - condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 86-88
    - tuberculosis, 86, 253
    - viruela, 236
  - observaciones sobre el informe cuatrienal del Director, 56-57
- Fullerton, Jr., Sra. de James G., 4
- Fundación Rockefeller, 51, 68, 99, 111
- Fundación "Sister Elizabeth Kenny", 45
- Fundación W. K. Kellogg, 9, 51, 52, 99, 116, 122, 183, 264, 265, 269
- Gabaldon, Arnoldo (Venezuela), *Comisión General*, 8, 10, 52-54, 59, 60-61, 95-96, 122-123, 196, 204, 285-288, 298
- García Sánchez, Felipe (México), 7, 11, 63, 104-109, 122, 123, 126, 163, 173, 174, 196, 205, 216, 217-218, 220, 227-228, 240, 244, 270, 291-293, 299, 308-309
- García Valenzuela, René (OSP), *Secretario Técnico, Discusiones Técnicas*, 8, 12
- Girona, Celia (Cuba), 5, 317
- Glenny, William (Liga de Sociedades de la Cruz Roja), 9
- Gómez Abad, José (Cuba), 6
- González, José (Federación Internacional de Hospitales), 9
- González Ruiz, Bernardino (Panamá), 7, 88-92, 125-126, 162, 181-182, 204, 293-294, 305-306
- González Torres, Dionisio (Paraguay), *Comisión General y Vicepresidente, Comisión II*, 7, 10, 11, 62-63, 116-121, 197, 201, 259, 289-290, 305
- Grant, John B. (Estados Unidos de América), *Consultor Técnico, Discusiones Técnicas*, 12
- Grupos de trabajo, composición, 11-12

- Guatemala  
delegación, 7  
informes sobre  
condiciones y progresos alcanzados en materia de salud,  
99-101  
tuberculosis, 253
- Gutteridge, Frank (Organización Mundial de la Salud), 8, 318
- Haití  
delegación, 7  
informes sobre  
malaria, 297
- Hills, Carter (Estados Unidos de América), 6, 317
- Honduras  
delegación, 7  
informes sobre  
*Aedes aegypti*, 135  
condiciones y progresos alcanzados en materia de salud,  
133-147  
malaria, 135, 298-299  
viruela, 237-238
- Horwitz, Abraham (*Director, OSP y Secretario ex-officio de la Conferencia*), 8, 10, 29, 123, 125, 151-155, 186-187, 191, 192, 193, 193-194, 196-197, 197, 198, 199, 200, 201, 213-214, 223-224, 231-232, 239-240, 246, 256-257, 264, 265-268, 272-273, 299-300, 309, 317, 350  
discurso en sesión inaugural, 33-35  
presentación de los informes cuatrienal y anual, 42-52, 69-71, 71-73  
(véase también Director, OSP)
- Humphrey, Hubert H. (Senador por el Estado de Minnesota, E.U.A.), saludo de, 97
- Hyronimus, Raymond G. (Francia), 6, 56-57, 86-88, 203-209, 236, 245-246, 253, 303, 350
- ICA (véase Agencia para el Desarrollo Internacional)
- INCAP (véase Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá)
- INCAPARINA, 50, 224
- Infecciones entéricas, tema seleccionado para las Discusiones Técnicas (véase Discusiones Técnicas)
- Informe Final, lectura, aprobación y firma, 187
- Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes a 1961 (tema 3.3)  
discusión,  
Comisión II, 259-261  
sesión plenaria, 167  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 313, 318-321  
(véase también Cuotas)
- Informes cuatrienales de los Estados de la Organización (tema 1.13)  
intervención del Director, 151-155  
presentación en sesión plenaria, 73, 74-96, 98-121, 126-149, 149-155, 175
- Informes del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana anual, 1961 (tema 1.10.1)  
presentación y discusión, 71-73, 98  
cuatrienal, 1958-1961 (tema 1.10)  
discusión y comentarios, 52-57, 62-71, 97  
presentación por el Director, 42-52, 69-71  
(véase también Informe financiero del Director)
- Instituto Carlos J. Finlay (Bogotá), 45, 231
- Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (Chile), 72
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), 76, 93, 103, 147, 219, 224, 232
- Instituto Oswaldo Cruz (Brasil), 45, 79, 234
- Instituto Samper Martínez, 231
- Investigaciones, programa de la OPS (tema 2.13)  
discusión en  
Comisión I, 224-232  
sesión plenaria, 47-48, 172  
(véase también Mortalidad, investigación interamericana sobre)
- Jamaica  
delegación, 7  
informes sobre  
*Aedes aegypti*, 112, 246  
condiciones y progresos alcanzados en materia de salud,  
109-112  
malaria, 111-112, 297  
ingreso en la OPS, solicitud presentada (tema 1.15), 40, 42, 57-62, 191-192
- Javier, Carlos A. (Honduras), 7, 41, 60, 133-147, 204-205, 237-238, 258, 298-299
- Kelly, Dorothy N. (Comité Internacional Católico de Enfermeras y Asistentes Medicosociales), 9
- Knight, Ralph T. (Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos), 9
- Lagos Blanco, José María (Honduras), 7, 260
- Layton, Basil D. B. (Canadá), 8, 150-151
- Lee, Russell (Estados Unidos de América), 317
- Lichtveld, Lodewijk A. M. (Reino de los Países Bajos), 317
- Liga Internacional contra el Reumatismo, 9
- Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 9
- López Sánchez, Anastasio (México), 7
- Lynch Cordero, Alfredo (Perú), 317
- Machado Ventura, José Ramón (Cuba), 5, 60, 65-66, 127-133, 306
- Malaria, erradicación en las Américas, estado de (tema 2.2)  
declaraciones  
Director, OSP, 43-44, 299-300

- Jefe, Departamento de Erradicación de la Malaria, OSP, 275-282, 298  
 discusión en  
 Comisiones I y II, 275-290, 291-300  
 sesión plenaria, 172-173  
 informes de los Gobiernos, 282-300  
 Malaria, Fondo Especial para la Erradicación, OPS, cálculo de los requerimientos del (tema 3.10)  
 aportaciones al Fondo, 44, 173  
 discusión en  
 Comisiones I y II, 300-301  
 sesión plenaria, 173  
 Márquez García, José de Jesús (Venezuela), 8, 210-211, 242  
 Martínez Junco, Heliodoro (Cuba), 5, 39, 208, 253-254, 295-296  
 Martins da Silva, Mauricio (OSP), 8, 224-225  
 Mayo, Charles W. (Presidente de la Asociación Mayo, Clínica Mayo, E.U.A.), 4, 6  
 voto de gracias a, 193  
 McHugh, Richard B. (Sociedad de Biometría), 9  
 Mendivil, Mario O. (Director Ejecutivo, Banco Interamericano de Desarrollo), 9  
 Mesa directiva de la Conferencia, 10  
 elección de Presidente y dos Vicepresidentes, 39  
 mesa de honor, 29  
 México  
 delegación, 7  
 informes sobre  
*Aedes aegypti*, 107, 244  
 condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 104-109  
 malaria, 104-105, 291-293, 299  
 nutrición, 220  
 viruela, 106, 240  
 observaciones sobre el informe cuádrinial del Director, 63  
 Miembros de la OPS (véase Admisión de Estados en la OPS)  
 Mithun, Sra. de Howard W., 4  
 Miyar Barrueco, José Miguel (Cuba), 5  
 Montalván Cornejo, Juan Antonio (Ecuador), 6, 40, 114-116, 229-230, 296-297  
 Moore, Clarence (OSP), 8  
 Moraes, Nelson Luiz de Araujo (Brasil), 5, 216, 234, 239, 259  
 Mortalidad, investigación interamericana sobre (tema 2.8)  
 discusión en  
 Comisión I, 214-218  
 sesión plenaria, 165  
 Morris, Emory W. (Presidente, Fundación W. K. Kellogg), 6, 9  
 Müller, Walter (Chile), *Comisión General*, 6, 10, 40, 59, 124, 193  
 Naciones Unidas, observador de las, 9  
 Naftalin, Arthur (Alcalde de la ciudad de Minneapolis, E.U.A.), 29  
 discurso en sesión inaugural, 31-32  
 Nava Carrillo, Germán E. (Venezuela), 8  
 Nevárez Vázquez, Roberto (Ecuador); *Comisión de Credenciales*, 6, 10, 11, 40, 58, 59, 59-60, 69, 162, 163, 164, 178, 181, 183, 184-185, 185, 185-186, 202, 235-236, 239, 259, 265, 350  
 Nicaragua  
 delegación, 7  
 informes sobre  
 condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 74-77  
 observaciones sobre el informe cuádrinial del Director, 68  
 Nicholson, Charles C. (Reino Unido), 7, 64, 230, 292-293  
 Nogueira Rivero, Pedro P. (Cuba), 5  
 Novales, Emilio (Guatemala), 7, 253  
 Nutrición, programa en las Américas (tema 2.6)  
 discusión en  
 Comisión I, 218-224  
 sesión plenaria, 50, 166-167  
 Observadores, lista, 9  
 Olguín, Victorio Vicente (Argentina), 5, 11, 42, 77-78, 183, 187, 207-208, 216, 222, 228, 235, 244, 251-252, 265, 282-283, 313, 317, 350  
 Presidente del Comité Ejecutivo, informe, 313-317  
 Olivero, Humberto (Banco Interamericano de Desarrollo), 318  
 Orellana, Daniel (Venezuela); *Relator Comisión II*, 167, 167-168, 168, 168-169, 169, 169-170, 170-171, 171, 236-237, 248-249, 251-252, 259, 303-304  
 Organización de los Estados Americanos, 9, 58, 59, 60, 257, 258, 302  
 Acta de Bogotá, 52, 77, 80, 165, 204, 301  
 Acta Final, Octava Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores, 40, 347, 348  
 Carta de Punta del Este, 32, 34, 47, 49, 50, 51, 52, 54, 72, 73, 77, 80, 96, 116, 154, 161, 165, 173, 176, 177, 178, 204, 228, 257-258, 266, 271, 272, 301, 305, 309, 310  
 (véase también Actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este)  
 discurso del Secretario General Adjunto, 155-158  
 observadores, 9  
 Programa de Cooperación Técnica, 48  
 Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial (Punta del Este), 72, 73, 156  
 (véase también Alianza para el Progreso)  
 Organización Internacional de Pediatría, 9  
 Organización Mundial de la Salud, 8  
 Asamblea y Consejo Ejecutivo, resoluciones de interés para el Comité Regional (tema 2.12), 178-179, 258  
 comisiones nacionales de salud, 316, 343-345  
 discurso del Director General, 35-36  
 Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), 50, 63, 76, 99, 118, 167, 218, 219, 222, 223  
 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 99

- Padilla, Tiburcio (Argentina), *Vicepresidente de la Conferencia y de la Comisión General*, 5, 10, 41, 55, 57-58, 65, 126, 193, 194
- Países Bajos (véase Reino de los Países Bajos)
- Paludismo (véase Malaria)
- Panamá  
delegación, 7  
informes sobre  
condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 80, 108-121  
malaria, 289-294  
tuberculosis, 249-251
- Paraguay  
delegación, 7  
informes sobre  
condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 116-121  
malaria, 120-121, 289-290  
observaciones sobre el informe cuatrienal del Director, 62-63
- Participantes, lista, 5-9
- Patley, Donna L. (Confederación Mundial de Fisioterapia), 9
- Pearson, J. B. (Board of Medical Examiners, Minnesota, E.U.A.), 29  
discurso de en nombre del Gobernador del Estado de Minnesota, 30-31
- Peat, Alfred A. (Jamaica), 7, 11, 109-112, 202, 246, 297
- Pereda Chávez, (Roberto) (Cuba), 5, 244-245
- Pérez Archila, Jaime (Colombia), 35, 112-114, 122-123, 222, 223, 232-239, 246, 256, 288, 307-308, 350
- Pérez Mera, Amiro (República Dominicana), *Vicepresidente*, *Comisión I*, 8, 10, 125-149, 150, 202, 275, 291, 297
- Personal, OSP  
aumento de, 52  
contratación y retención, 315-316, 335-337  
Estatuto y Reglamento, enmiendas (tema 3.7)  
discusión en  
*Comisión II*, 261-262  
sesión plenaria, 168  
*Comité Ejecutivo*, informes finales, 314, 332-333  
(véase también Remuneración de los altos funcionarios de la OSP)
- Perú  
delegación, 7  
informes sobre  
abastecimiento de agua, 209  
condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 147-149  
tuberculosis, 256
- Pesak, Sra. de Cyril, 4
- Plan Decenal de Salud Pública (véase Alianza para el Progreso)
- Planes nacionales de salud (tema 2.II)  
discusión en  
*Comisiones I y II*, 301-306, 307-309  
sesión plenaria, 173-174
- Planificación, unidad de, OPS  
*Comité Ejecutivo*, informes finales, 315, 333-335
- Portner, Stuart (OSP), *Secretario*, *Comisión II*, 8, 11, 259-260, 260, 261, 261-262, 262, 263-264, 268-270, 318, 350
- Prada Díaz, Carlos Manuel (Costa Rica), 5, 163-164, 180, 182, 202, 283-285, 350
- Presidente de la Conferencia (véase bajo Mesa directiva)
- Presupuesto (véase Programa y presupuesto)
- Presupuesto funcional, proyecto de, 315, 339-342
- Programa de investigaciones de la OPS (véase Investigaciones)
- Programa y presupuesto de la OPS, 1963 (tema 3.2)  
discusión en  
*Comisiones I y II*, 265-274, 274-275  
sesión plenaria, 170-171  
*Comité Ejecutivo*, informes finales, 314, 321-326
- Programa y presupuesto de la OPS, 1964, anteproyecto (tema 3.2.2)  
discusión en  
*Comisiones I y II*, 265-274, 274-275  
sesión plenaria, 171
- Programa y presupuesto de la Región de las Américas, OMS, 1963 (tema 3.2.1)  
discusión en  
*Comisiones I y II*, 265-274, 274-275  
sesión plenaria, 171
- Programa de sesiones (véase Sesiones de la Conferencia)
- Programa de temas de la Conferencia  
adopción, 40-41  
texto, 22-23
- Puffer, Ruth (OSP), 8, 214-215
- Punta del Este, Carta de  
(véase Actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este)  
(véase también bajo Organización de los Estados Americanos)
- Quero Molares, José (OSP), 8, 318, 350
- Quirós, Carlos S. (Perú), 7, 12, 147-149, 162, 163, 164, 169, 171, 173, 174, 177, 178, 179-180, 180, 183, 185, 209, 216-217, 220-221, 227, 256, 259, 260, 265, 270-272, 273-274, 300-301, 304-305, 350
- Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana  
adopción, 38-39  
texto, 13-21  
*Comité Ejecutivo*, informes finales  
estudio de la organización de la Conferencia, 351-353
- Reglamento del Personal de la OSP, enmiendas (véase bajo Personal)
- Reino de los Países Bajos  
delegación, 7  
informes sobre  
*Aedes aegypti*, 243

- condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 101-104  
 malaria, 294-295  
 tuberculosis, 254  
 viruela, 234  
 observaciones sobre el informe cuatrienal del Director, 68-69
- Reino Unido  
 delegación, 7  
 informes sobre  
*Aedes aegypti*, 243-244  
 malaria, 292-293  
 observaciones sobre el informe cuatrienal del Director, 64
- Remuneración de los altos funcionarios de la OSP  
 discusión en  
 Comisión II, 262-263  
 sesión plenaria, 168-169  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 314, 333, 348-349
- Rendueles, Roberto (OSP), 8
- República Dominicana  
 delegación, 8  
 informes sobre  
 condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 149-150
- Resoluciones de la Organización Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional (véase bajo Organización Mundial de la Salud)
- Resumen de los informes cuatrienales sobre las condiciones de salud en las Américas, 1957-1960* (Publicación científica No. 64), 42, 50, 51, 72, 95, 150, 151  
 (véase también Informes cuatrienales de los Estados de la Organización)
- Romero Alvergue, Mario (El Salvador), *Presidente y Relator, Comisión de Credenciales*, 6, 10, 38, 39, 62, 97, 98-99, 300, 301
- Rose-Rosette, Robert A. (Francia), 6, 350
- Ruderman, Peter (OSP), 8
- Salzman, Howard, Jr. (Organización de los Estados Americanos), 317
- Sánchez Ponce, Ortelio (Cuba), 6
- Sánchez Vigil, Manuel A. (Nicaragua), 7, 75-77, 225, 260, 262-263, 317, 350
- Sanders, William (Secretario General Adjunto, Organización de los Estados Americanos), 9  
 discurso, 155-158
- Saneamiento del medio  
 abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas (véase bajo Agua)  
 aspectos del, en los programas de viviendas urbanas y rurales, 162-164  
 establecimiento, en la Sede, de un servicio dedicado a problemas de, 53, 165, 213-214
- Scholes, Robert T. (Estados Unidos de América), 317
- Sebelius, Carl L. (Federación Internacional de Odontología), 9
- Secretario de la Conferencia (véase Mesa directiva)
- Sede de la OSP (véase Edificios e instalaciones)
- Seguridad social y servicios de salud pública, 180, 182
- Servicios de compras (véase Suministros)
- Sesiones de la Conferencia  
 adopción del programa, 41  
 cuadro diario de, 26  
 inaugural, 29-37
- Shipman, Harold E. (OSP), 8, 202-204, 214
- Smith, Sra. de Justin V., 4
- Sociedad de Biometría, 9
- Soto, Fausto (Chile), 6
- Spink, Sra. de Wesley W., 4
- Suárez-Guzmán, Rafael (Banco Interamericano de Desarrollo), 318
- Sueldos (véase Remuneración de los altos funcionarios de la OSP)
- Suministros, servicios a los Gobiernos de la Organización, 315, 337-339
- Surinam (véase Reino de los Países Bajos)
- Sutter, Víctor A. (Subdirector, OSP), *Secretario, Comisión II*, 8, 11, 38-39, 40, 41, 42, 57, 59, 60, 62, 73, 97, 98, 121, 121-122, 122, 123, 125, 159, 175, 178, 178-179, 184, 186, 187, 192-193, 194, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 204, 318, 350
- Terán Valls, Max (Costa Rica), *Vicepresidente de la Conferencia y de la Comisión General*, 5, 10, 92-95, 123, 149, 150, 151, 155, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 187-188, 193, 195-200, 350
- Terry, Luther L. (Estados Unidos de América), 6, 29, 32-33, 39, 59, 66-68, 126  
 discurso en sesión inaugural, 32-33
- Trinidad y Tabago  
 felicitación por su independencia, 160, 257
- Tuberculosis, estado del control en las Américas (tema 2.5)  
 discusión en  
 Comisión I, 246-247  
 sesión plenaria, 46-47, 177-178
- UNESCO (véase Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura)
- UNICEF (véase Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)
- Urcuyo Maliaño, Francisco (Nicaragua), 7, 39, 68, 74-75, 126, 350
- Uruguay  
 aportaciones  
 Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, OPS, 161  
 delegación, 8  
 informes sobre  
 abastecimiento de agua, 127, 209-210

- condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 126-127  
 nutrición, 222-223  
 tuberculosis, 126-127, 254-256  
 observaciones sobre el informe cuatrienal del Director, 69
- van der Kuyp, Edwin (Reino de los Países Bajos), 7, 68-69, 101-104, 210, 234, 243, 254, 294-295
- Venezuela  
 aportaciones  
 Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, OPS, 50, 161  
 delegación, 8  
 informes sobre  
 abastecimiento de agua, 210-211  
*Aedes aegypti*, 242  
 condiciones y progresos alcanzados en materia de salud, 95-96  
 malaria, 285-288, 298  
 tuberculosis, 248-249  
 viruela, 236-237  
 observaciones sobre el informe cuatrienal del Director, 52-54
- Vicepresidente de la Conferencia (*véase bajo* Mesa directiva)
- Vidovich, Orestes (Uruguay), 8, 58, 69, 126-127, 209-210, 217, 222-223, 254-256, 350
- Vintinner, Frederick J. (Estados Unidos de América), 6
- Viruela, estado de la erradicación en las Américas (tema 2.3)  
 discusión en  
 Comisión I, 232-233, 234-241  
 sesión plenaria, 44-45, 176
- Viviendas urbanas y rurales, aspectos del saneamiento del medio (*véase bajo* Saneamiento del medio)
- von der Becke, Alfonso A. S. (Argentina), 5, 171, 350
- Votos de gracias, 186, 201
- Warner, Y. K. G., Sra. (Organización Mundial de la Salud), 8
- Watt, James (Estados Unidos de América), *Comisión General y Presidente, Comisión I*, 6, 10, 11, 163, 164, 191, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 202, 207, 214, 215-216, 221, 224, 234, 240-241, 257, 258, 298, 307
- Williams, Charles L. (Estados Unidos de América), 6, 11, 180, 181, 216, 221, 238, 246, 265, 300, 350
- Wilson, Simon (Estados Unidos de América), 317