

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

## S I G L A S

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

# INDICE

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

INDICE (continuación)

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



# ILUSTRACIONES

Página

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


## ESQUEMAS Y MAPAS

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

A LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA  
ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA

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

Respetuosamente

  
Fred L. Soper  
Director

**INFORME GENERAL DEL DIRECTOR**

**Correspondiente a 1953**

## I. Introducción

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

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

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

## II. Examen de las actividades orgánicas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

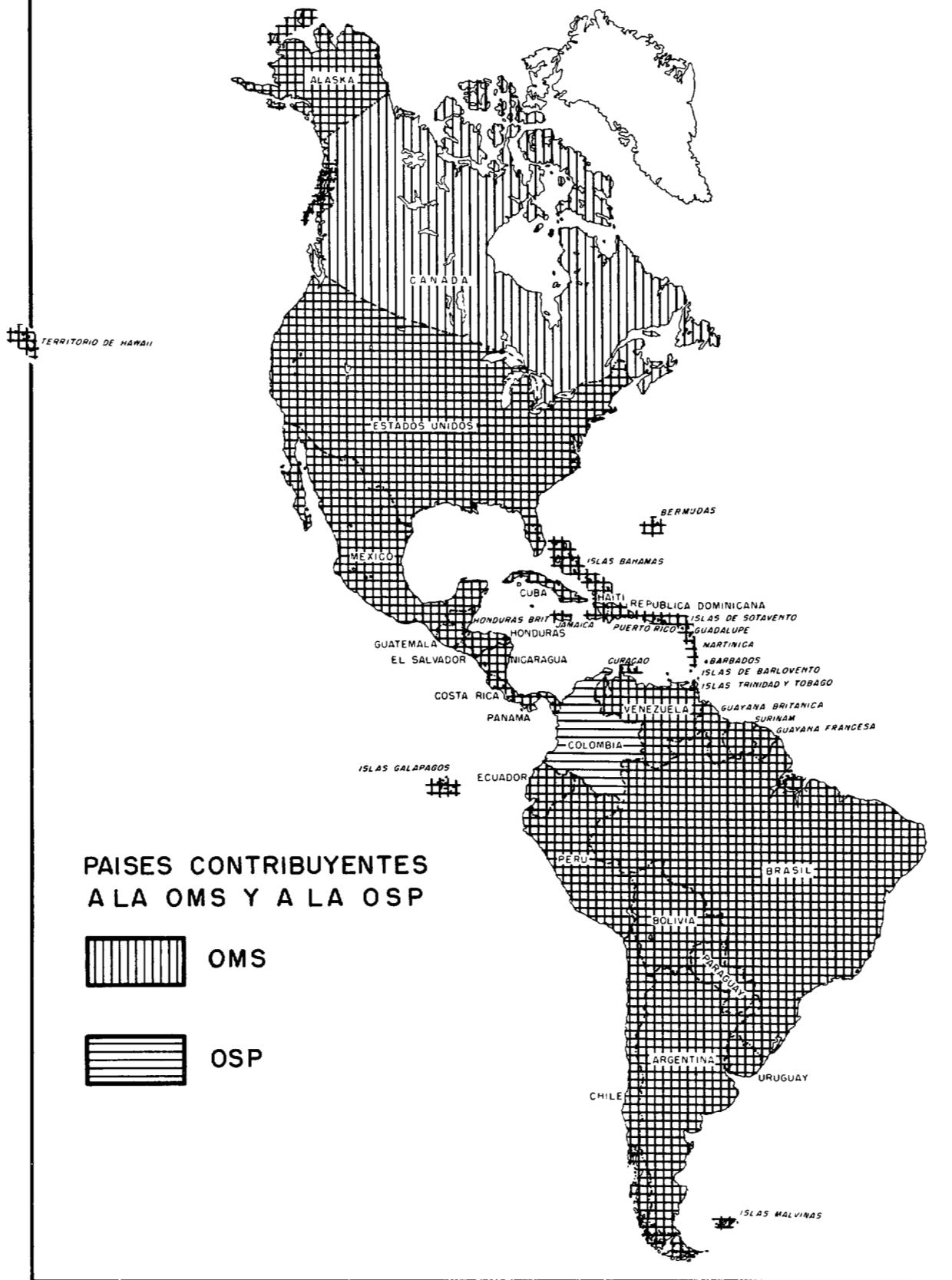
En el Informe correspondiente a 1952 se hizo referencia a la importancia de que se mantenga el actual acuerdo entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, que permite la colaboración en el campo de la salud con todas las unidades políticas de las Américas. Presenta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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Fondos invertidos en 1953, clasificados por procedencia

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### III. Consideraciones sobre el Programa

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

#### Organización de servicios sanitarios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Preparación de Personal

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

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

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

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

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

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

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

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

### Programas de erradicación

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

#### IV. Información pública

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



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



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

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

## V. Personal

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

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

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

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

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

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

OFICINA DEL DIRECTOR

## OFICINA DEL DIRECTOR

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

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

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

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

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

### Oficina de Coordinación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Oficina de Información Pública

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OFICINA DEL SECRETARIO GENERAL

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

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

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

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

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

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

También se proporcionaron servicios de conferencia a:

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

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

---

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

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



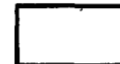
# ASISTENCIA A LAS REUNIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO COMITE REGIONAL DE LA OMS

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

PRESENTE



AUSENTE



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

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

PRESENTE



AUSENTE



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

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

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

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

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

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

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

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

DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN

## DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA

## DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

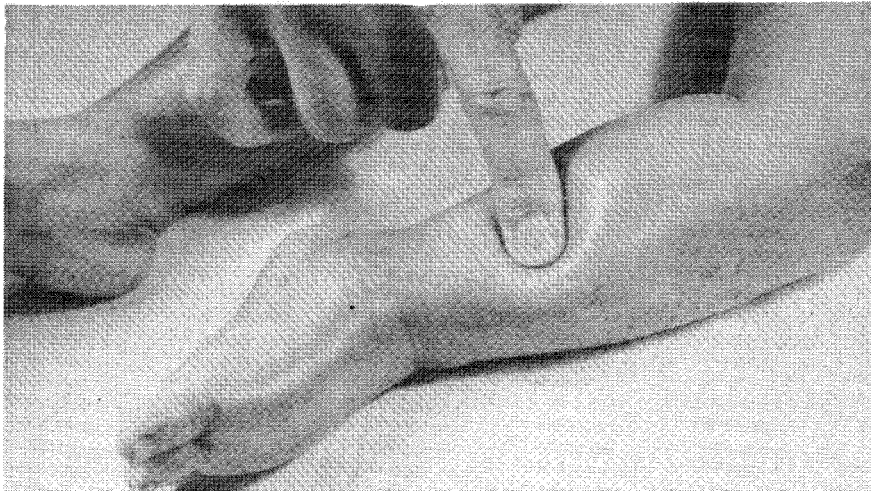
A la Oficina se le va conociendo mejor tanto como "el organismo sanitario central de coordinación" de los Gobiernos Miembros que como "centro general de recolección de informes sanitarios" procedentes de los Gobiernos y para dichos Gobiernos. Se reciben y contestan muchas solicitudes de los países en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

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

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

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

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLA 4

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

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

- Informe recibido declarando que no había casos a notificar

\* No se ha recibido informe

a Únicamente Capitales de los Estados

b Informe de los 9 primeros meses

c Informe de un solo mes

d Informe de 2 meses solamente

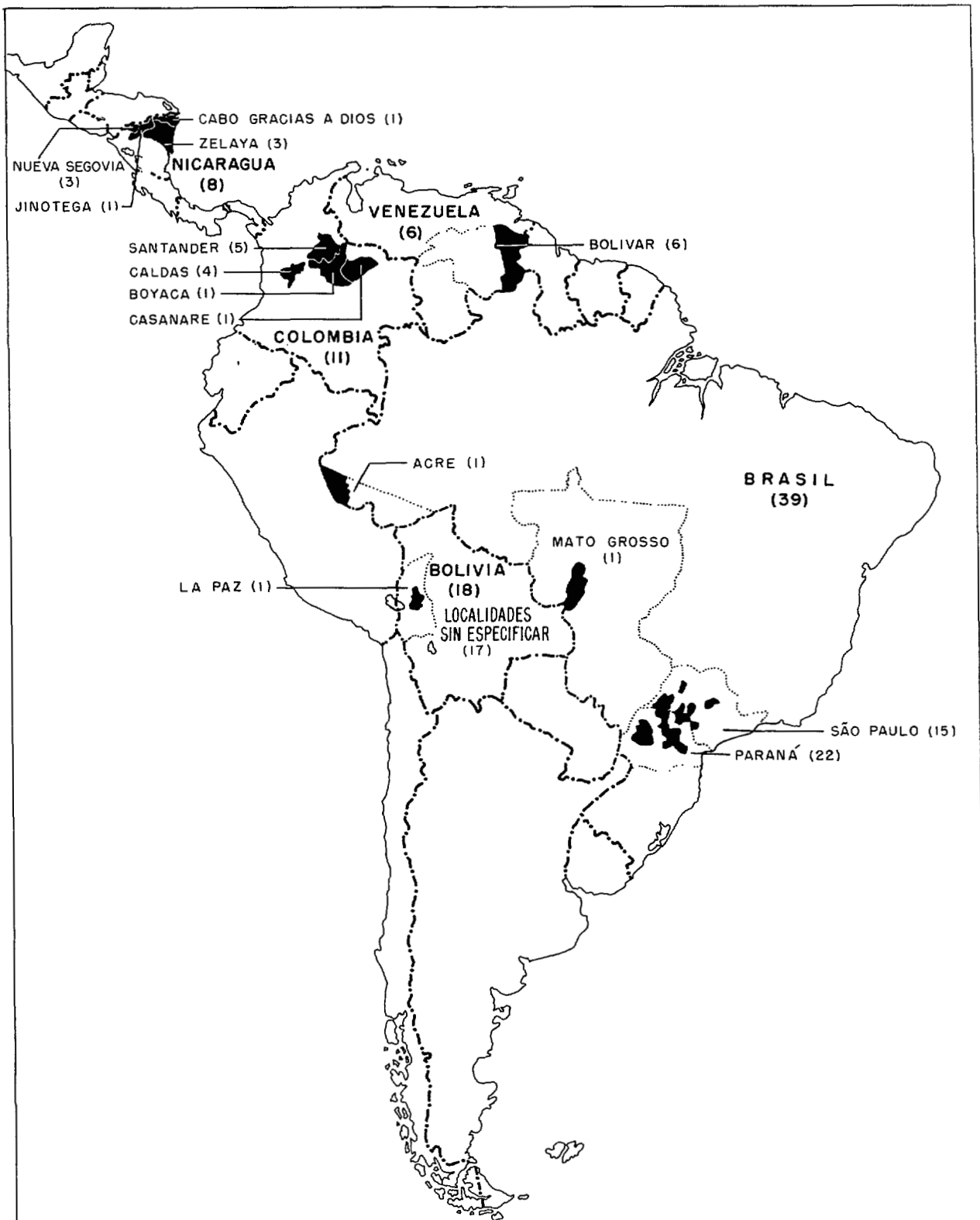
e Informe de los 10 primeros meses





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





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

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

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

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

TABLA 5

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

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

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

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



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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

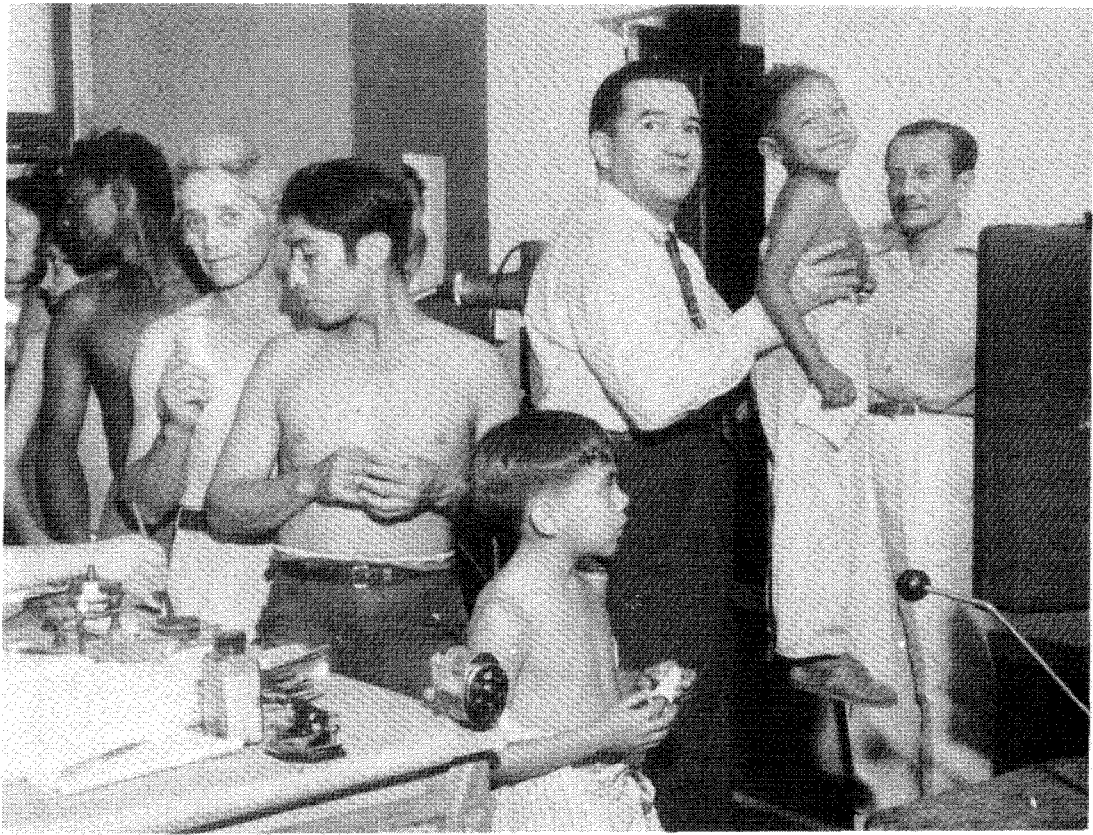
Bajo el común patrocinio del Gobierno de México, del USPHS y de la Oficina, se desarrollaron planes para el adiestramiento de trabajadores mexicanos de enfermedades venéreas en las técnicas de investigaciones epidemiológicas, incluidas las entrevistas con los contactos. Se proporcionó equipo especial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

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

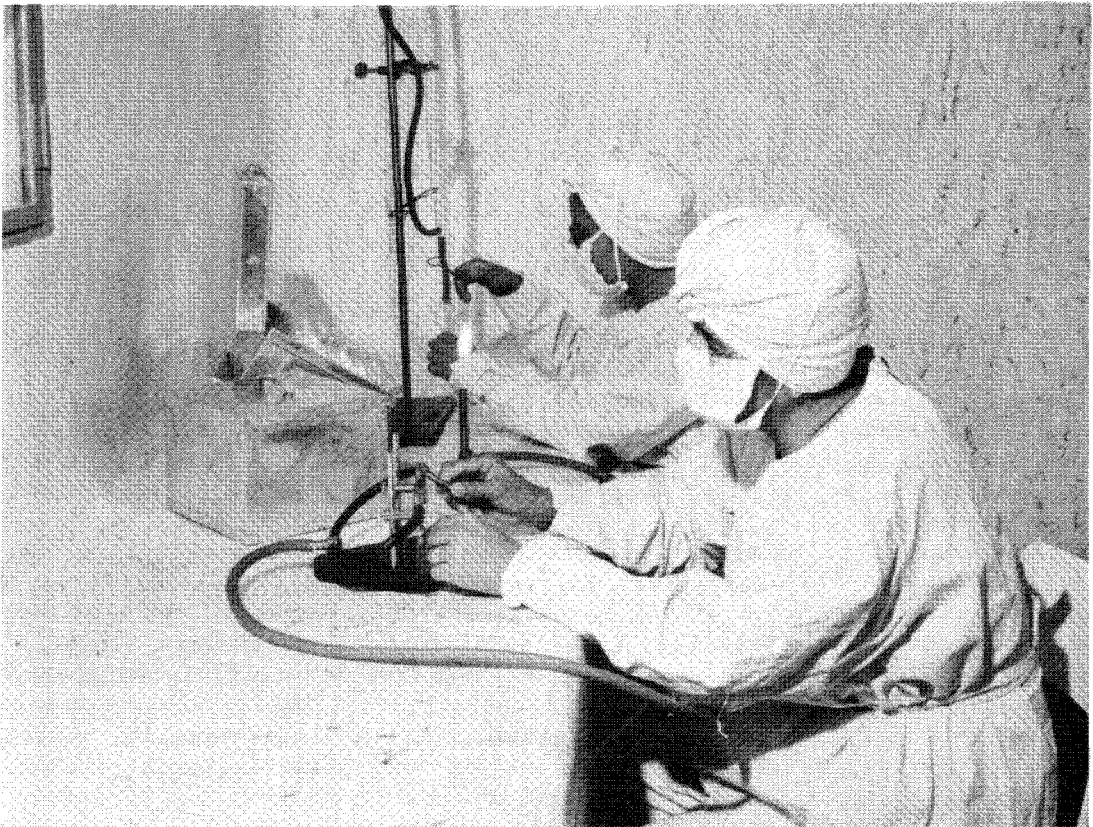
La rabia es uno de los problemas que han recibido especial atención, aunque no sea un problema que esté en progresión en el Hemisferio. Las autoridades nacionales de salud pública han aumentado sus actividades en la lucha contra la rabia y se han atendido numerosas solicitudes de información, auxiliares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

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





Radiografía pulmonar en la campaña antituberculosa.



Llenando ampolletas con vacuna BCG

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DIVISIÓN DE EDUCACIÓN Y ADIESTRAMIENTO

## DIVISIÓN DE EDUCACIÓN Y ADIESTRAMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLA 6

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

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

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

b Grupo de estudios sobre alcoholismo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OFICINAS DE ZONA

## OFICINAS DE ZONA

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

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

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

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

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

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

### ZONA I

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

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

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

#### Oficina de Campo de El Paso

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

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

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

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

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

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

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



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

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

### Oficina de Campo del Caribe

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

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

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

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

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

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

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

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



## ZONA II

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

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

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

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

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

### ZONA III

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

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

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

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

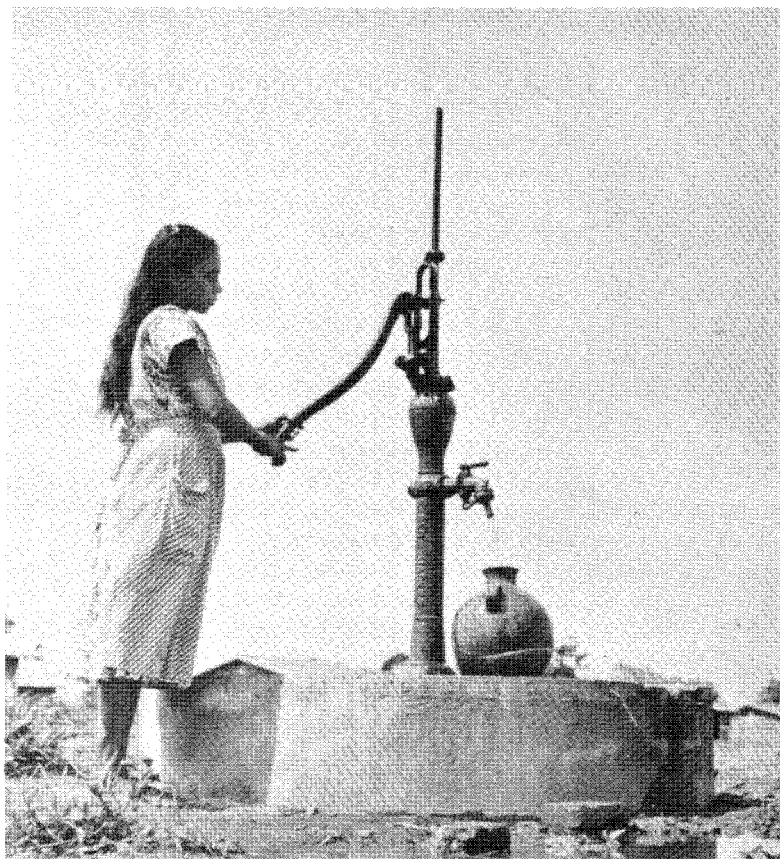
Parece probable que se seguirá dedicando atención especial a los servicios fundamentales de salud pública y a las actividades de educación y adiestramiento. Estas últimas son esenciales para poder contar con buenos servicios sanitarios. En lo futuro, el personal de la Oficina de Zona podrá permanecer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

### ZONA IV

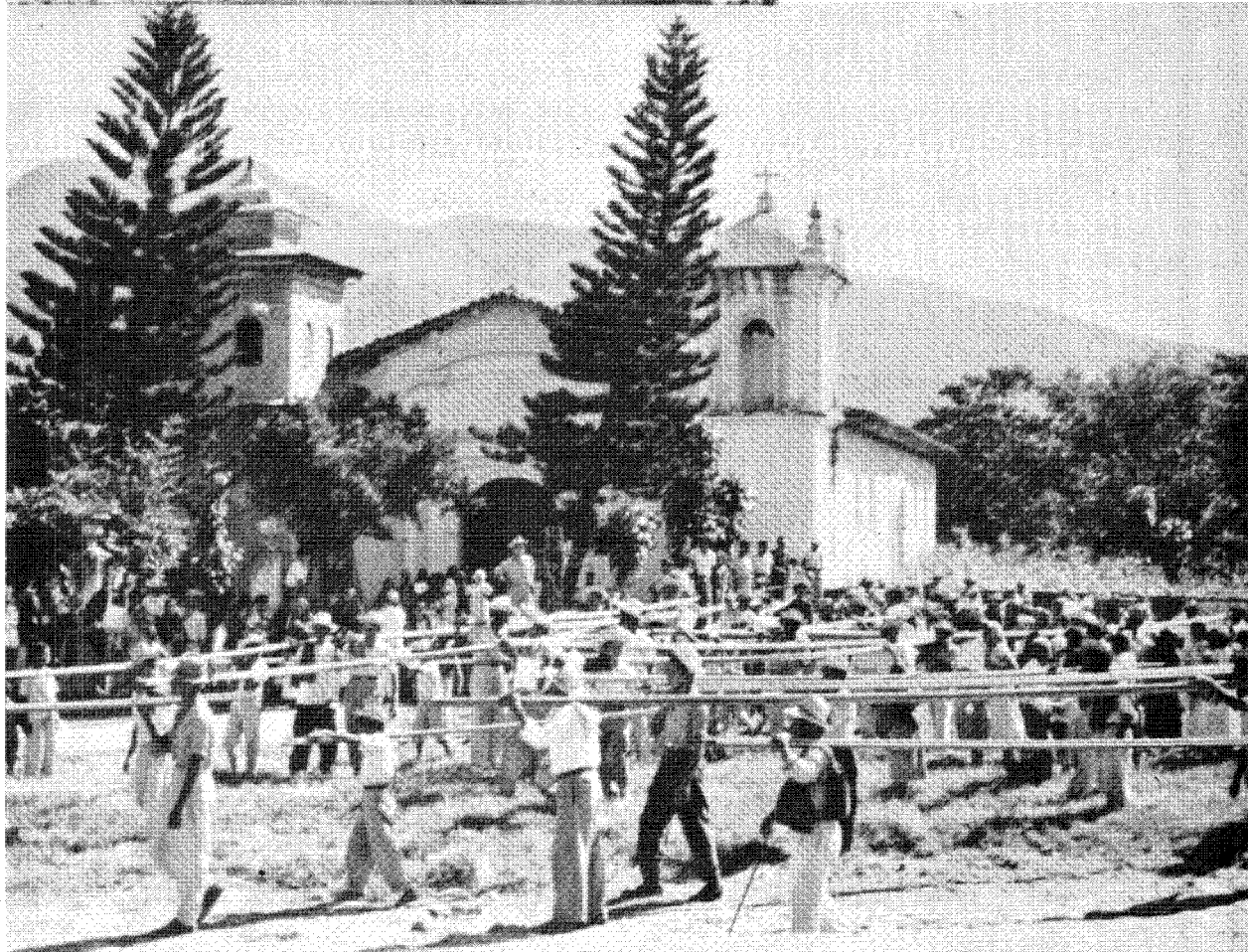
La Zona IV comprende Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. A principios del año había 22 programas en ejecución, en tanto que durante el curso del mismo se iniciaron otros ocho y siete quedaron terminados. En 21 de ellos trabajaban miembros del personal internacional y nueve recibían la colaboración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

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

Pozo protegido - Zona de  
Demostración Sanitaria,  
El Salvador.



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



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

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

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

## ZONA V

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ZONA VI

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

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

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





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



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

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

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

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

**RESUMEN DE LOS PROGRAMAS**



## Programas Inter-Regionales

Inter-  
regional-8

### Centros FAO/OMS de Brucelosis (1950 - )

OMS

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

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

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

Inter-  
regional-10

### Centros de Influenza (1948 - )

OMS

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

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

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

## Programas Regionales

AARO-1

### Adiestramiento en Saneamiento del Medio (diciembre de 1952)

OMS

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

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

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

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

AARO-6

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

OIT

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

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

AARO-7

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

AT  
UNICEF

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

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

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

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

AARO-8

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

AT

UNICEF

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

AARO-9

Seminario sobre Alcoholismo (Mayo 1953)

AT

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

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

AARO-10

Centro Interamericano de Bioestadística (Octubre 1952 - )

OMS

NU/AT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AARO-21

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

OMS

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

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

OSP

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

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

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

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

AARO-25

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

OMS

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

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

AARO-29

Antropología Cultural (Enero 1953 - )

OMS

OSP

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

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

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

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

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

AARO-34 Higiene Mental (Octubre-diciembre 1953)

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

**AARO-54**      Ayuda al INCAP (1949 - )

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

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

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

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

OSP

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

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

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

AARO-71

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

OSP

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

AARO-77

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (1951 - )

OEA/AT

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

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

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

## Zona I

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

AT  
UNICEF

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

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

OMS  
UNICEF

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

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

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

OMS  
UNICEF

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

### Trinidad-1 Vacunación con BCG (1951 - )

AT  
UNICEF

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

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

El UNICEF proporcionó los suministros y equipo necesarios.

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

OMS  
UNICEF

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

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

OSP

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

## Zona II

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

OSP

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

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

OSP

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

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

AT  
UNICEF

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

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

OSP

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

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

República  
Dominicana-  
52

Control de Enfermedades Venéreas (Marzo 1953 - )

OSP

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

Haití-1

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

OMS  
OSP  
UNICEF

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

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

Haití-4

Control de Insectos (Agosto 1953 - )

OSP  
UNICEF

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

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

Haíti-9

Laboratorio de Salud Pública (Octubre 1953 - )

OSP

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

México-3

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

AT

UNESCO

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

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

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

México-4

Control de la rabia (Julio 1952 - diciembre 1953)

OMS

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

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

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

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

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

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

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

**OSP**              Este curso de 6 meses de duración, para el que la Oficina proporcionó material de enseñanza y los servicios de una educadora en enfermería, formó parte integrante de un amplio programa de ayuda para el desarrollo de los servicios de enfermería en México. Se facilitó adiestramiento para instructoras y supervisoras de enfermería a 19 enfermeras del Distrito Federal y de varios Estados del país. La Oficina adjudicó becas a las 4 enfermeras más destacadas, para cursar estudios en el extranjero sobre salud pública, enfermería obstétrica, obstetricia y enseñanza de enfermería.  
Se proyecta repetir este curso en 1954 ó 1955.

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

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

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

**OSP**              La Oficina colaboró con el Gobierno de México en un plan encaminado a reducir la incidencia de sífilis y blenorragia en Tijuana (México), mediante el empleo de penicilina como agente profiláctico.  
El personal de la Oficina coordinó las actividades de las autoridades médicas y de salud pública de ambos lados de la frontera México-Estados Unidos. La Oficina facilitó, además, los suministros necesarios de penicilina y sufragó el sueldo de un escribiente encargado de llevar los registros.  
El programa comenzó en septiembre de 1949 y terminó en diciembre de 1953. Se determinó, entre otros resultados, que la penicilina de acción retardada, cuando se utiliza como agente profiláctico, constituye una medida temporal eficaz para controlar la sífilis y la blenorragia y que resulta de suma utilidad en los lugares donde la promiscuidad en las relaciones sexuales constituye un problema.



Honduras  
Británico  
(Bélice)-2

Vacunación con BCG (Septiembre 1953 - )

OMS  
UNICEF

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

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

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

Costa Rica-3

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

AT

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

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

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

Costa Rica-5

Vacunación con BCG (Marzo 1952 - )

OMS  
UNICEF

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

Costa Rica-9

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

AT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El Salvador-6 Higiene maternoinfantil (1952 - )

OMS  
UNICEF

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

Guatemala-10 Eliminación de basuras (Marzo 1953 - )

OMS

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

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

Guatemala-53 Oncocercosis (Agosto 1947 - junio 1953)

OSP

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

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

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

AT  
UNICEF

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

Nicaragua-51 Saneamiento del medio (Septiembre 1953 - )

OSP

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

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

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

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

Panamá-1

Servicios Rurales de Salud Pública (Agosto 1952 - )

AT  
UNICEF

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

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

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

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

ZONA IV

Bolivia-1

Control del tifo (1951 - )

OSP  
UNICEF

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

Bolivia-2

Hospital de Niños, La Paz (1950 - )

OMS  
UNICEF

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

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

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

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

Bolivia-4

Control de Insectos (1953 - )

OSP  
UNICEF

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

Bolivia-5

Enseñanza de Enfermería (Septiembre 1953 - )

OMS

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

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

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

OMS

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

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

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

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

Colombia-1

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

OMS

UNICEF

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

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

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

Colombia-4

Higiene maternoinfantil (1951 - )

OMS

UNICEF

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

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

Colombia-5

Control de Insectos (Abril 1952 - )

IAI

UNICEF

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ecuador-4 Higiene maternoinfantil (Noviembre 1953 - )

OMS  
UNICEF  
AT

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



Ecuador-5

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

OMS  
UNICEF

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

Ecuador-6

Laboratorio de BCG (Agosto 1952)

OMS  
UNICEF

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

Ecuador-7

Control de las enfermedades venéreas (Febrero 1952 - )

AT

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

Ecuador-11

Ayuda al Instituto Nacional de Higiene (Octubre 1952 - )

AT

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

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

Ecuador-52

Control de la Peste (1950 - )

OSP

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

Ecuador-53

Ayuda al Instituto Nacional de Nutrición (1950 - )

OSP

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

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

Perú-1

Control del tifo (1950 - )

OSP  
UNICEF

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

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

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

Tasas de morbilidad y mortalidad por 100,000 habitantes

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

\*Hasta el 30 de noviembre.

Perú-5

Control de Insectos (Noviembre 1952 - )

AT

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

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

Perú-7

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

OMS

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

Perú-10

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

AT

UNICEF

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

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

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

Perú-11

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

OMS

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

Perú-12

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

AT

UNICEF

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

Perú-13

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

AT

UNICEF

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

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

Perú-16

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

OMS

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

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

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

Perú-54

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

OSP

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

Venezuela-1

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

AT

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

Venezuela-52

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

OSP

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

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

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

Brasil-3 Higiene maternoinfantil (1951 - )

OMS  
OSP  
UNICEF

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

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

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

OMS

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

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

Brasil-51 Fiebre Amarilla (1950 - )

OSP

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

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

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

OSP

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

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

La ayuda de la Oficina terminará en 1954.

Brasil-53

Esquistosomiasis (Febrero 1951 - )

OSP

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

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

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

Zona VI

Argentina-51

Erradicación del Aedes aegypti (Febrero 1952 - )

OSP

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

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

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

OMS  
UNICEF

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

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

NU/AT

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

Paraguay-1 Control de Insectos (1947 - )

AT  
UNICEF

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

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

AT

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

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

Paraguay-3 Higiene maternoinfantil (Septiembre 1951 - )

OMS  
UNICEF

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



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

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

NU/AT

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

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

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

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

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

NU/AT

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

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

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

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

OMS

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

Uruguay-51 Control de Artrópodos (1948 - )

OSP

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

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

**APENDICES**

APENDICE I  
TABLA 1

Participantes en las Reuniones de la  
Organización Celebradas en 1953

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

APENDICE II  
TABLA 2

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

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

APENDICE III  
TABLA 3

Publicaciones

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

APENDICE III (Cont.)  
 TABLA 3

Publicaciones

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



APENDICE IV

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

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

APENDICE IV (Cont.)

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

APENDICE IV (Cont.)

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

APENDICE IV (Cont.)

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

APENDICE IV (Cont.)

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

APENDICE V

Trabajos originales preparados por  
Miembros del Personal en 1953

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

APPENDICE V (Cont.)

Trabajos originales preparados por  
Miembros del Personal en 1953

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



**MIEMBROS DEL COMITE EJECUTIVO**

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

APENDICE VII  
TABLA 7

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

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

a 31 cursos académicos, 1 beca para viaje.

b 4 residencias, 2 becas para viaje.

c 2 adiestramiento en instituciones, 21 becas para viajes de

facultades de escuelas de salud pública, medicina y enfermería.

d 1 residencia, 3 becas para viajes

e 3 dentistas

f 1 veterinario

g 1 educación sanitaria

APENDICE VIII  
TABLA 8

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

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

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

b Organizado por la OSP/OMS.

APENDICE IX  
TABLA 9

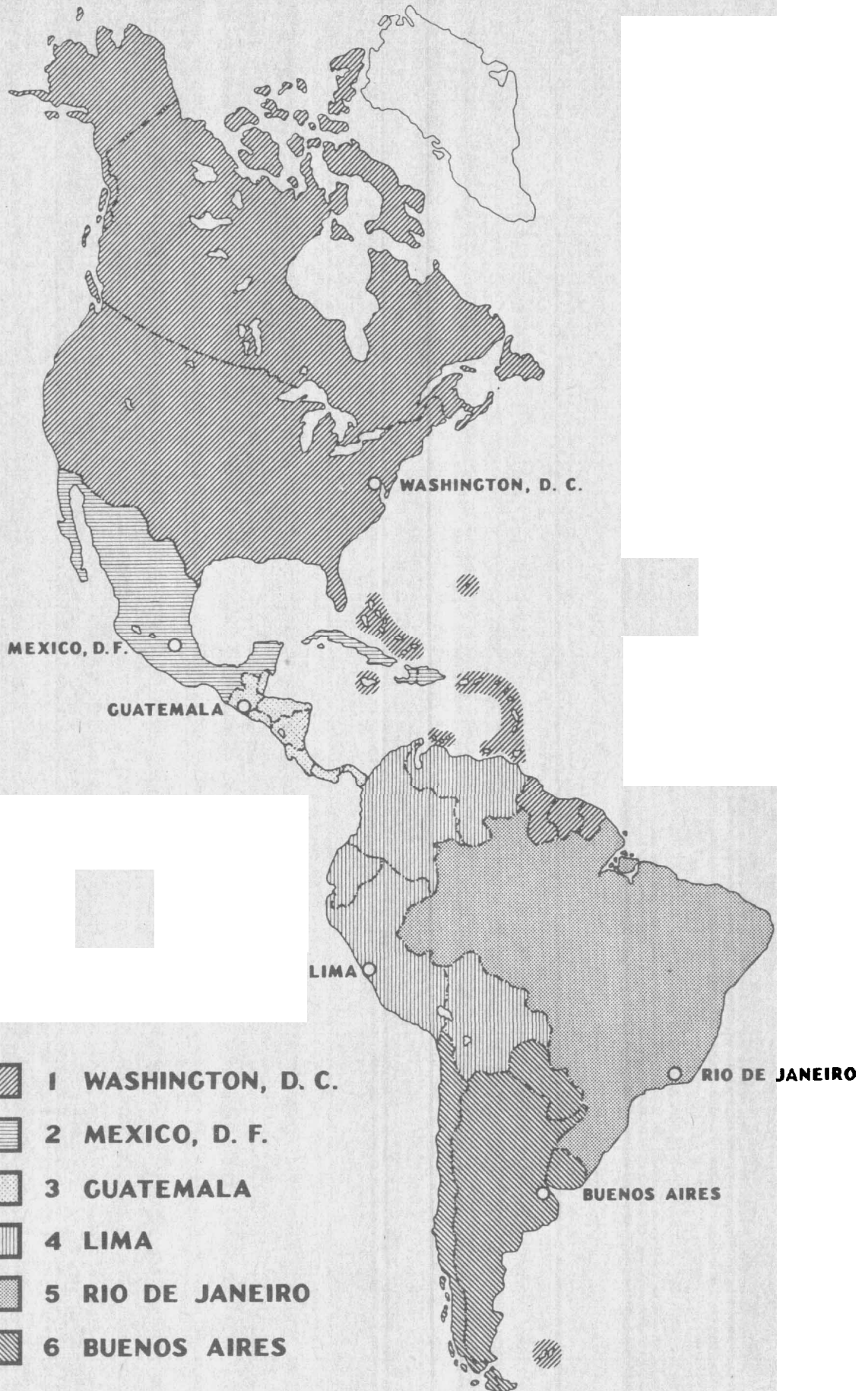
País o Región de Estudio para las Becas otorgadas en las Américas en 1953

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

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

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

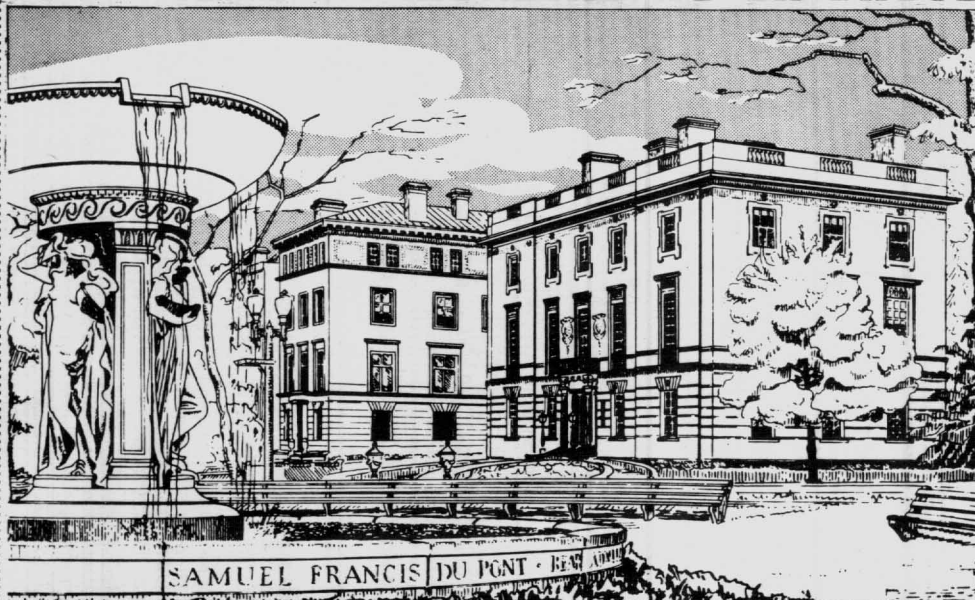
# ZONAS Y OFICINAS DE ZONA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA





# INFORME ANUAL DEL DIRECTOR

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



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

**1953**  
**WASHINGTON, D. C.**