INFORME ANUAL DEL DIRECTOR 1960

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana es el organismo ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, y sirve también como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

INDEXED

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR

de la

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACION

MUNDIAL DE LA SALUD

PARA LAS AMERICAS

1960

Documentos Oficiales No. 38

Agosto de 1961

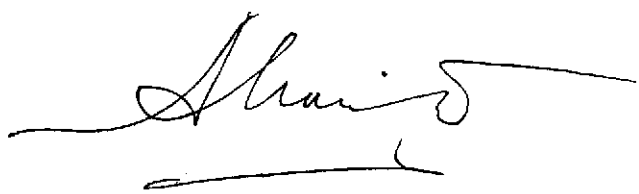
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
1501 New Hampshire Avenue, N.W.
Washington, D. C.

A los Estados Miembros de la

Organización Panamericana de la Salud

Tengo el honor de remitir adjunto el Informe Anual de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, correspondiente al año 1960. Este informe comprende las actividades desarrolladas por la Oficina, así como un resumen de los programas ejecutados en colaboración con los Gobiernos de los Estados Miembros y con otras organizaciones internacionales. El Informe Financiero correspondiente al año se presenta en un documento aparte.

Respetuosamente,



Abraham Horwitz
Director

SUMARIO

Página

Introducción xi

Administración de salud pública 1
- Servicios integrados de salud 2
- Saneamiento del medio 11
- Higiene maternoinfantil 16
- Nutrición 17
- Atención médica 23
- Higiene mental 24
- Higiene dental 25
- Protección contra las radiaciones ionizantes 27
- Estadísticas de salud 27
- Laboratorios de salud pública 35
- Enfermería 37
- Educación sanitaria 39

Control y erradicación de enfermedades 41
- Erradicación de la malaria 41
- La fiebre amarilla y la erradicación del *Aëdes aegypti* 46
- Viruela 51
- Peste 56
- Erradicación de la frambesia 57
- Control de las enfermedades venéreas 58
- Tuberculosis 59
- Enfermedad de Chagas 61
- Lepra 61
- Poliomielitis 64
- Otras enfermedades transmisibles 67
  - Influenza 67
  - Micosis 68
- Veterinaria de salud pública 68
  - Rabia 68
  - Brucelosis 70
  - Centro Panamericano de Zoonosis 71
  - Centro Panamericano de Fiebre Aftosa 74
  - Otras zoonosis 77

Educación y adiestramiento 79
- Educación profesional 79
- Enseñanza de enfermería 82
- Becas 85
- Publicaciones y servicios de referencia 94
- Información pública 98

Actividades relativas a las investigaciones 102
Actividades administrativas 104
Reuniones y acuerdos oficiales 109
Oficinas de Zona y de Campo 114
Apéndice 118
Indice 161

CUADROS

Página

1. Número y clase de consultores internacionales en los proyectos integrados de salud pública, 1960 . . . 5
2. Número y clase de personal que completó los cursos realizados en combinación con los proyectos integrados de salud pública, 1960 . . . 6
3. Hospitales y otras unidades de salud construidos, renovados e inaugurados en 1960, como parte de proyectos de servicios integrados de salud pública . . 9
4. Casos notificados de enfermedades cuarentenables en las Américas, 1960 . . . 28
5. Distribución, por país de origen, de los estudiantes de los cursos de estadísticas vitales y de salud, de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, 1953–1960 . . . 30
6. Becas adjudicadas para cursos de estadísticas vitales y de salud, 1953–1960 . . . 31
7. Participantes en seminarios, conferencias y grupos de trabajo sobre estadísticas de salud y otras materias afines, 1953–1960 . . . 32
8. Distribución, por país de origen, de los estudiantes de los cursos sobre clasificación de causas de defunción, 1954–1960 . . . 33
9. Resistencia a los insecticidas descubierta en 1960 . . 43
10. Estado de la erradicación de la malaria en las Américas, 1960. Países con proyectos de la OPS . . . 44
11. Casos notificados de fiebre amarilla en las Américas, 1951–1960 . . . 49
12. Informe sobre la campaña de erradicación del *Aëdes aegypti* en las Américas, desde su iniciación hasta diciembre de 1960 . . . 50
13. Casos de viruela notificados en las Américas, 1949–1960 . . . 52
14. Número de vacunaciones antivariólicas notificadas en las Américas, 1958–1960 . . . 53
15. Producción notificada de vacuna antivariólica en las Américas, 1958–1960 . . . 54
16. Casos de peste notificados en las Américas, 1956–1960 . . . 57
17. Distribución de la lepra en Colombia, por Departamentos, el 31 de diciembre de 1959 . . . 62
18. Casos de lepra descubiertos en tres Departamentos de Bolivia, 1960 . . . 63
19. Casos de rabia notificados en los países de Centro América y Panamá durante 1960 . . . 69
20. Actividades antirrábicas en el Valle de Mexicali y en el Condado Imperial hasta fin de octubre de 1960 . . . 70

Página

21. Brucelosis en los países de Centro América y Panamá, 1958–1960 . . . 71
22. Muestras recibidas en los laboratorios del CPZ, en 1960 . . . 74
23. Escuelas de enfermería que reúnen los requisitos establecidos por la OSP, y resumen de su participación en la encuesta de 1959–1960 . . . 83
24. Becas concedidas en las Américas por país de origen de los becarios y clase de adiestramiento . . . 85
25. Becarios de otras Regiones que iniciaron estudios en las Américas, por clase de adiestramiento . . . 86
26. Becas concedidas en las Américas, por país de origen de los becarios y materia estudiada . . . 87
27. Becas concedidas en las Américas, por país de origen de los becarios, materia estudiada y clase de adiestramiento . . . 88
28. Número de becas concedidas en las Américas, por categorías . . . 89
29. Becas concedidas en las Américas, por país de origen de los becarios, país o región de estudio de los becarios procedentes de otras Regiones . . . 90
30. Fondos para becas en las Américas, 1959 y 1960 . . . 91
31. Becas concedidas para asistir a cursos organizados por la OPS/OMS, o con su colaboración, en las Américas, por materia estudiada y proyecto y por país de origen de los becarios . . . 91
32. Materias estudiadas, número del proyecto, títulos, lugares y fechas de los cursos y visitas organizados por la OPS/OMS o con su colaboración . . . 92
33. Becas concedidas, según la procedencia de los fondos . . . 93
34. Participación en seminarios y conferencias organizados por la OPS, por Regiones, países o área de procedencia, 1960 . . . 93
35. Publicaciones especiales en 1960 . . . 96
36. Comparación del número de funcionarios, 1959–1960 . . . 106
37. Fondos presupuestados para la OSP/OMS en 1960 . . 107
38. Gastos realizados con cargo a los fondos administrados por la OSP/OMS en 1960 . . . 107
39. Distribución de publicaciones . . . 108
40. Reuniones internacionales convocadas por la OSP/OMS o celebradas con su colaboración . . . 112
41. Lista seleccionada de reuniones internacionales o nacionales a las que fue invitada la OSP en 1960 . . . 113

ILUSTRACIONES

Página

Instalación de duchas, letrinas y lavaderos para los habitantes de un sector surburbano densamente poblado de Tegucigalpa, Honduras. Estas obras se hicieron bajo la dirección técnica de un ingeniero consultor de la OSP/OMS 3

Centro de Salud de Rincón de Tamayo, Guanajuato, México. Las Afiliadas del Club de Madres reciben semanalmente instrucción sobre la salud infantil 7

En una zona rural de la Provincia de Trujillo, República Dominicana, se construyen duchas, letrinas y lavaderos con fondos de la colectividad 10

El acarreo de agua del río para uso doméstico es una escena familiar en muchas zonas que carecen de agua pura y de adecuados servicios de abastecimiento de agua 12

Una de las sesiones plenarias del seminario sobre tarifas de agua celebrado en Montevideo, Uruguay, del 25 de septiembre al 1 de octubre de 1960 13

Tanque de agua construido por los vecinos del pueblo bajo la dirección de un ingeniero. Se tiene el proyecto de construir en el Estado de Guanajuato, México, unos 400 depósitos similares en un período de cuatro años. Los gastos de funcionamiento y de mantenimiento se sufragarán mediante contribuciones mensuales de los usuarios. La OSP/OMS asignó un ingeniero a este proyecto 13

Esta futura madre recibe atención prenatal de una de las enfermeras del programa de Servicios Rurales de Salud, en Montevideo, Uruguay 16

Distribución de leche suministrada por el UNICEF a los escolares, para complementar la alimentación que reciben en sus hogares 18

La Jefa de Educación en Nutrición, del INCAP, cambia impresiones con dos investigadoras acerca de la distribución de INCAPARINA a 17 familias que son objeto de estudio en Amatitlán, Guatemala. Cada paquete de este producto cuesta $0.03 (dólares EUA) y contiene la proteína que necesita para un día un niño en edad preescolar 21

Para preparar la INCAPARINA sólo hay que agregarle agua y dejarla cocer durante 10 minutos. Los niños aceptan fácilmente este alimento 21

Ciudad de Guatemala, Guatemala. Un miembro del personal del INCAP pesa a un niño sometido a observación con el fin de estudiar el equilibrio de nitrógeno 22

El Instituto de Rehabilitación de la Universidad de São Paulo, Brasil, restablece toda la capacidad física posible a los lisiados y además les ofrece adiestramiento vocacional. El hombre que aparece en la fotografía trabaja cosiendo zapatos en una fábrica de calzado, a pesar de su paraplejía residual causada por la poliomielitis 24

Las encuestas dentales de niños que asisten a las escuelas públicas ofrecen experiencia práctica a los dentistas que siguen el curso de salud pública en la Universidad de São Paulo, Brasil. Mientras un becario de la OPS/OMS, procedente de El Salvador, examina al niño, otro, procedente del Paraguay, registra los datos; un dentista brasileño sirve de ayudante. Estas actividades las van realizando por turno los miembros del grupo 26

Debate de mesa redonda celebrado acerca del programa integrado de estadísticas vitales de la Provincia de Buenos Aires, Argentina 34

Laboratorio de salud pública de Tlalpan, México. A la izquierda se encuentra la biblioteca y, a la derecha, las oficinas 36

Una estudiante de tercer año de la Escuela Nacional de Enfermería, Ciudad de Guatemala, enseña a un grupo de auxiliares de enfermería cómo se debe bañar a un niño 38

El personal del Centro Rural de Salud de La Chorrera, Panamá, ofrece a las futuras madres atención prenatal e instrucción sobre el debido cuidado del niño en el hogar. En el Centro hay un servicio anexo de maternidad con 8 camas 39

Un entomólogo del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria de Panamá y su ayudante tienden una trampa con una luz interior que permanecerá encendida toda la noche. Los mosquitos capturados al ser atraídos por la luz, se recogerán a la mañana siguiente para estudiar la susceptibilidad 42

Un oficial médico del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria de Bolivia visita uno de los 1,462 puestos de notificación de la campaña 43

Este es un criadero ideal de *Aëdes aegypti* 47

Tratamiento perifocal de un depósito de agua en las inmediaciones de unos modernos apartamentos (al fondo) para obreros en Caracas, Venezuela 48

Un médico del Servicio de Control de la Lepra en el Paraguay efectúa una biopsia 63

Segunda Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomielitis, celebrada en Washington, D.C., del 6 al 10 de junio de 1960, patrocinada por la Organización con la cooperación de la Fundación "Sister Elizabeth Kenny" 65

Página

Un estudiante de Nicaragua, que sigue un curso de adiestramiento para posgraduados en el Centro Panamericano de Zoonosis, Azul, Argentina, aplica una inyección a un burro para la preparación de suero destinado a la prueba de precipitación de Ascoli respecto al ántrax 73

Un oficial médico del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa extrae, con la ayuda de dos peones, tejidos lesionados de la lengua de un novillo infectado de fiebre aftosa 75

Exposición antimalárica distribuida a las Oficinas de Zona correspondientes a los países de habla española. 100

Exposición premiada que se exhibió en la Reunión Anual de la Asociación Americana de Salud Pública celebrada en 1960, en San Francisco, California, E.U.A. 100

Vista aérea del sector en que se va a construir el nuevo edificio de la Sede de la OPS 105

MAPAS Y GRAFICAS

1. Ubicación de los proyectos de servicios integrados de salud pública, año de iniciación y número y clase de consultores internacionales asignados a los mismos, 1960 4
2. Arequipa metropolitana y ciudades vecinas. Fuentes de agua 14
3. Número de estudiantes de los países de las Américas que recibieron becas de la OPS/OMS para cursar odontología de salud pública en la Universidad de São Paulo, Brasil, 1958–1960 26
4. Estudiantes de los países de las Américas que asistieron a cursos sobre estadísticas vitales y de salud en la Escuela de Salubridad de Chile, 1953–1960 30
5. Estudiantes de países de las Américas que asistieron a cursos sobre la clasificación internacional de enfermedades, 1954–1960 33
6. Erradicación de la malaria en las Américas, diciembre 1960 41
7. Estado de la campaña de erradicación del *Aëdes aegypti*, diciembre 1960 46
8. Casos notificados de fiebre amarilla selvática en las Américas, y sitio, por divisiones políticas mayores de cada país, 1960 51
9. Casos de viruela notificados en las Américas, por divisiones políticas mayores de cada país, 1960 53
10. Número total de casos de viruela notificados por los países de las Américas, 1949–1960 55
11. Casos de peste notificados en las Américas y su ubicación en las principales divisiones políticas de cada país, 1960 57
12. Centros de influenza en las Américas 68
13. Países que notificaron casos de rabia en las Américas, 1960 69
14. País de origen de los estudiantes del Centro Panamericano de Zoonosis y de los científicos visitantes. 72
15. Médicos y veterinarios de los países de las Américas a quienes la OPS/OMS otorgó becas para asistir al tercer curso de adiestramiento en el control de las zoonosis, 1960 72
16. Países de origen de los veterinarios que asistieron a los cursos de adiestramiento sobre la fiebre aftosa, y de los becarios a largo plazo que estudiaron en el Centro 76
17. Escuelas de medicina y de salud pública en las Américas, 1960 80
18. Programas de enseñanza de enfermería que recibieron la colaboración de la OSP/OMS en 1960 82
19. Ubicación de las escuelas de enfermería de la América Latina que reúnen ciertos requisitos mínimos 84
20. Becarios de países de las Américas, 1950–1960 .. 85
21. Becas concedidas en las Américas por materias estudiadas, 1960 86
22. Personal profesional internacional asignado a los proyectos en los países de las Américas, diciembre 1960 106
23. Zonas y Oficinas de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana 115

SIGLAS

AIA	American Institute of Architects
AIDIS	Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria
CCAA	Comité Consultivo en Asuntos Administrativos
CEPAL	Comisión Económica para la América Latina
CIEM	Centro de Información sobre Educación Médica
CNEP	Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo (México)
CPZ	Centro Panamericano de Zoonosis
CREFAL	Centro Regional de Educación Fundamental para la América Latina
ESAPAC	Escuela Superior de Administración Pública de América Central
EUA	Estados Unidos de América
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
ICA	Administración de Cooperación Internacional (EUA)
ILCE	Instituto Latinoamericano de Cine Educativo
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INH	Institutos Nacionales de Higiene (EUA)
INNE	Instituto Nacional de Nutrición del Ecuador
NU	Naciones Unidas
OEA	Organización de los Estados Americanos
OEA/PCT	Programa de Cooperación Técnica de la OEA
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OIE	Oficina Internacional de Epizootias
OIRSA	Organización Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OPS/FEM	Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
SESP	Fundación del Servicio Especial de Salud Pública (Brasil)
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UP	Unión Panamericana
USIA	Organismo de Información de los Estados Unidos de América
USPHS	Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América

ACTIVIDADES EN 1960

Introducción del Director

EXTRACTO DEL

Acta de Bogotá

13 de septiembre de 1960

* * *

D. Medidas para el mejoramiento de la salud pública

1. *Revisar los programas y políticas de salud pública prestando especial atención a:*

a. *el fortalecimiento y la expansión de los servicios nacionales y locales de salud, en particular los destinados a reducir la mortalidad infantil;*

b. *el desarrollo progresivo de sistemas de seguro de enfermedad, de maternidad, de accidentes, de invalidez, y otros, en zonas urbanas y rurales;*

c. *la dotación de centros de salud, o de hospitales y de puestos sanitarios a las zonas situadas lejos de los núcleos principales de población, según su importancia;*

d. *la extensión de los servicios médicos públicos a las zonas que más lo necesiten;*

e. *el fortalecimiento de las campañas para el control o la erradicación de enfermedades transmisibles, con especial atención a la erradicación de la malaria;*

f. *la instalación de servicios de suministro de agua para el desarrollo económico y la salud;*

g. *la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para funciones de salud;*

h. *la intensificación de los programas de nutrición integral para las clases populares.*

* * *

INTRODUCCION DEL DIRECTOR

Acontecimientos de significación ocurridos en las Américas durante el año 1960 han permitido consolidar la doctrina que guía hoy las actividades de la Organización Panamericana de la Salud y que se sintetiza en la expresión: la salud, componente del desarrollo económico. Amplio ha sido el debate sobre la forma de interpretarla y llevarla a la práctica, así como sobre sus proyecciones en el momento que vive el Continente. Ha encontrado autorizada expresión en el seno de los Cuerpos Directivos de la Organización, de instituciones de crédito internacional, de sociedades científicas que se preocupan de la economía y de la salud pública y ha permitido precisar conceptos, delimitar responsabilidades, rechazar exclusivismos y acentuar la mutua dependencia entre el crecimiento económico y el progreso social.

Fundamentos racionales de todo sistema económico

No parece del caso seguir argumentando si el bienestar ha de ser consecuencia tardía del desarrollo integral con un alto nivel de consumo, o, si por el contrario, debe de ser concomitante con el crecimiento equilibrado económico y social. La primera tesis olvida los fundamentos racionales de todo sistema económico que, en principios y en prácticas, debe estar destinado a mejorar las condiciones de vida de los seres humanos. No puede atenderse exclusivamente a los factores llamados económicos, como son, los recursos naturales, la fuerza del trabajo, el ahorro, la inversión y la técnica. De igual importancia son todos aquellos otros que se relacionan con la energía física e intelectual del hombre, su capacidad creadora, su espíritu de cooperación y de empresa, el sentido de responsabilidad, su poder de producir y consumir. Por eso pensamos que lo que procede es programar la producción de bienes y servicios en forma que permita atender las necesidades básicas de una población creciente y dejar los excedentes necesarios para capitalizar y aumentar la producción. En esta proposición, el desarrollo económico y el progreso social son elementos indivisibles de un mismo proceso y ambos debieran desenvolverse armónicamente, en consonancia con el incremento de las poblaciones.

La situación en América Latina

Lamentablemente, dista mucho de ser ésta la situación existente en la América Latina. Informes repetidos de la CEPAL muestran que en el quinquenio 1955 a 1960, la tasa de desarrollo de la economía en su conjunto ha sobrepasado apenas el crecimiento de la población. Por otra parte, la tasa anual de aumento del producto por habitante ha descendido de 3.6% en 1955 a 0.3% en 1959. Los análisis provisionales para el año 1960 señalan un incremento insignificante en relación con el año anterior. Muestran, asimismo, que la producción agrícola por habitante disminuyó en un 2%. Si se considera que la población siguió creciendo con un ritmo de 2.6% por año y se tiene en cuenta la disminución de los ingresos resultante de una evolución adversa de los precios de las exportaciones, se comprende la naturaleza de los problemas económicos y sociales con que se ha enfrentado la Región en estos últimos años.

Simultáneamente—y el hecho es digno de ser destacado por sus enormes proyecciones—se ha producido un análisis detenido de las causas y de las soluciones posibles de dichos problemas. Se ha podido diferenciar más claramente el papel de factores tales como la productividad, la industrialización, las reformas fiscales y tributarias indispensables, el mejor uso de la tierra, la fluctuación en cantidades y precios de los principales productos de exportación, la lucha contra la inflación, la formación de técnicos y la incorporación de nuevos métodos para hacer más eficiente la fuerza de trabajo, el ahorro y la capitalización, el mercado común, el papel complementario de los recursos externos y el papel asesor de las organizaciones internacionales para las grandes funciones del bienestar y de la economía. En todo el análisis se reconoce la necesidad de profundas reformas en la legislación y en las instituciones gubernamentales, así como en la orientación de la iniciativa privada, con el propósito de mejorar las condiciones de vida de los individuos y de las sociedades, ya que éste es el fin de todo el proceso de desarrollo económico.

Importancia de la planificación

Se ha ido precisando, asimismo, la función imprescindible del crédito exterior y la forma de invertir estos recursos. Frente a problemas tan agudos y a recursos limitados, situación que se agrava por una inversión que no siempre respeta las prioridades, se ha hecho más evidente la necesidad de planificar con el fin de obtener un mejor rendimiento

de los conocimientos, de la experiencia, del equipo y de los capitales con que cuenta cada país. Hay consenso en que la magnitud de los recursos naturales de la América Latina y la capacidad de sus habitantes podrían determinar un crecimiento económico progresivo y un mejor bienestar social. El cumplimiento de metas periódicas parece más factible—así lo muestra la experiencia—si se preparan previamente los programas para cada una de las prioridades que se revelen en cada país, en sus distintos ambientes.

El Acta de Bogotá

En 1960 la expresión más resonante de este análisis del destino de la América Latina es el Acta de Bogotá, documento que sintetiza las deliberaciones, que tuvieron lugar en septiembre último, de la Tercera Reunión de la Comisión Especial para estudiar la formulación de nuevas medidas de cooperación económica, llamada Comisión de los 21 de la Organización de los Estados Americanos. El mejoramiento social aparece referido a las condiciones de la vida rural y el uso de la tierra; a la vivienda y los servicios comunales; a los sistemas educativos y a los servicios de capacitación; a la salud pública; a la movilización de los recursos nacionales. Se crea un Fondo Especial de Desarrollo Social, cuyo propósito será "el de contribuir con recursos de capital y asistencia técnica en términos y condiciones flexibles, que incluyan el pago de los préstamos en monedas nacionales y la concesión de nuevos préstamos con los fondos provenientes de las amortizaciones y los intereses, de acuerdo con criterios selectivos y apropiados, según los recursos disponibles, para apoyar los esfuerzos de los países latinoamericanos que estén dispuestos a iniciar o ampliar mejoras institucionales efectivas y a adoptar medidas para utilizar eficazmente sus propios recursos, con miras a alcanzar un mayor progreso social y un crecimiento económico más equilibrado". El documento incluye, en su Capítulo III, las medidas para el desarrollo económico que se refieren a la necesidad de fondos adicionales internos y externos para el financiamiento de los planes de crecimiento progresivo de la economía de cada país.

Significa el Acta de Bogotá la cristalización de una doctrina, cuyo enunciado por representantes de alta jerarquía de los Gobiernos del Continente ha sido tan oportuno como necesario. El reconocer "que los efectos de los programas de desarrollo económico, que deben ser fortalecidos y ampliados urgentemente, pueden ser tardíos en lo que respecta al bienestar social, y que, en consecuencia, deben tomarse prontas medidas para hacer frente a las necesidades sociales", debe interpretarse como una decisión de dar a los problemas que afectan a la gran mayoría de los habitantes del Continente, la prioridad que no han tenido en la política económica de cada país y en la distribución de los ingresos. Para los Gobiernos, las instituciones públicas y privadas, las personas genuinamente interesadas en el bienestar individual y colectivo y en el progreso de los países y del Continente, el Acta de Bogotá es a la vez una gran oportunidad y una enorme responsabilidad. La etapa siguiente ha de hacer realidad las ideas de orden social y económico que le dan forma y contenido y vaciar la doctrina en un amplio movimiento de progreso social. Con este propósito de mayor valor aún que los recursos que han de asignarse, cualquiera sea su origen, es la voluntad decidida de los Gobiernos de vencer todos los obstáculos, teniendo como mira el mejorar las condiciones de vida de los habitantes a su cuidado. Esta actitud ha de servir de estímulo a las organizaciones internacionales que están al servicio de los Gobiernos. Le ha correspondido a la Organización Panamericana de la Salud participar activamente en las distintas reuniones de la Comisión de los 21 y colaborar en la redacción del capítulo de salud pública del Acta de Bogotá. Como puede comprobarse, éste contiene todos los grandes problemas de salud que afectan al Continente. Sólo el tiempo permitirá determinar hasta donde las expectativas de hoy se trasladarán al terreno de las realizaciones.

Financiamiento del desarrollo económico

Otro hecho de grandes consecuencias y que tiene relación directa con las actividades de la Organización es el comienzo de las operaciones del Banco Interamericano de Desarrollo en octubre de 1960. Además de ser una institución bancaria, en el significado habitual de la expresión, se está transformando en un organismo de financiamiento de aspectos esenciales del desarrollo económico y social en las Américas. Con este propósito, sus funciones de asesoría técnica cobran importancia creciente. El Fondo para Operaciones Especiales está destinado a préstamos para programas de carácter social. Entre ellos, el Banco ha incluido los relacionados con el saneamiento, con particular atención a la provisión de agua y de servicios de desagüe. Esta política podrá expandirse con los recursos del Fondo de Desarrollo Social, creado con el Acta de Bogotá, que serán administrados por el Banco. Tenemos entendido que alcanzarán la suma de 394 millones de dólares con el primer aporte que hará con este propósito el Gobierno de los Estados Unidos de América. Decíamos sobre esta materia, en el Informe correspondiente al año 1959: "La voluntad de los Gobiernos y su interés por este programa han de ser el incentivo fundamental para modificar la política del mercado internacional de capitales en el sentido de conceder préstamos para las obras de agua. La función asesora de las organizaciones internacionales puede ejercerse en los aspectos técnicos, administrativos, legales y financieros, así como en el adiestramiento y la capacitación de los técnicos nacionales para proyectar y poner en marcha los servicios". La decisión del Banco Interamericano de Desarrollo puede considerarse en cierta medida resultado de dicho aserto.

Los problemas de saneamiento

En igual sentido debe interpretarse la promoción que han realizado la Organización Panamericana de la Salud y

la Organización Mundial de la Salud en los últimos años, mostrando en forma concreta la importancia del saneamiento en los problemas básicos de salud del Continente y el significado del agua para el desarrollo agrícola, industrial, del turismo y, en general, para el crecimiento económico. Igual interés están manifestando otros organismos de crédito internacional, todo lo cual hace presumir un mejoramiento progresivo del saneamiento en los años venideros, a pesar de la magnitud de la empresa, sobre la base de la política aprobada por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud. Quisiéramos destacar, que serán indispensables modificaciones de carácter institucional en el seno de los Gobiernos para organizar y administrar los servicios y, simultáneamente, una actitud más comprensiva de las personas, en cada comunidad, para asegurar su cooperación y el financiamiento de cada programa.

Grato es anotar que el primer proyecto aprobado por el Banco Interamericano de Desarrollo al iniciar sus operaciones ha sido un crédito de 4 millones de dólares a la Corporación de Saneamiento de Arequipa, Perú, suma que unida a una inversión similar del Gobierno y de la Municipalidad de dicha ciudad, permitirá construir los servicios de agua y de desagüe para la población de los próximos 50 años. Nuestra Organización ha asesorado en todas las etapas previas a la formulación del plan y continúa haciéndolo, a petición del Gobierno, en el diseño de las obras. Diversos Gobiernos del Continente han manifestado interés por proyectos similares, los cuales serán sometidos a la consideración del Banco en el curso del año próximo. Veremos así un movimiento creciente hacia la solución de un problema fundamental que afecta hoy a más de 100 millones de personas en las Américas.

Acuerdos del Consejo Directivo

Decíamos al comienzo que el año 1960 se ha caracterizado por actividades diversas, que han conducido a consolidar la política actual de la Organización, que ve en las funciones de la salud un componente del desarrollo económico. Nos hemos referido hasta aquí a dos acontecimientos trascendentales. De igual valor han sido, en nuestro sentir, el debate y las resoluciones adoptadas por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su XII Reunión, que tuvo lugar en La Habana, en agosto de 1960. Esta tesis central fue ampliamente confirmada durante el análisis del Informe Anual correspondiente a 1959. Cuatro de las resoluciones aprobadas se refieren específicamente a dicha política. Son las siguientes: Aspectos económicos de la erradicación de la malaria (Resolución XVI), en la cual se sugiere a los Gobiernos Miembros la necesidad de destacar la importancia del programa de erradicación de la malaria en los planes de desarrollo económico y se solicita de la Oficina Sanitaria Panamericana que estudie la posibilidad de establecer métodos para evaluar el significado social y económico implícito en la rápida eliminación de la enfermedad. Al considerar el Informe sobre el estado de los programas de abastecimiento de agua a las poblaciones (Resolución XX), se incluye en los considerandos el carácter de indispensable que tienen para el desarrollo social y económico de las respectivas poblaciones. Se insiste, asimismo, en la importancia del crédito internacional para el financiamiento. El tema seleccionado para las Discusiones Técnicas de la XIII Reunión del Consejo Directivo, en octubre de 1961, es "Métodos de evaluación de los aportes de los programas de salud al desarrollo económico" (Resolución XXVII), el que por su solo enunciado revela el pensamiento de la corporación y el valor que le asigna para el futuro de la Organización. Por Resolución XXIII, denominada "Aspectos económicos de las actividades de salud", se instruye al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en conformidad con el Artículo 23 de nuestra Constitución, a consultar con la Organización de los Estados Americanos y otras instituciones interesadas o conectadas con la salud pública, la forma de colaborar más estrechamente para promover el bienestar.

Son estos hechos de carácter general, ocurridos en el año 1960, los que nos inducen a decir que los Gobiernos Miembros desean dar a las funciones de la salud, tanto en el plano nacional como internacional, la proyección que les corresponde por ser fundamentales para el progreso social concomitante con el crecimiento económico.

Ampliación del programa de trabajo

Junto a estas iniciativas para consolidar la política y hacerla realidad a tono con el momento que viven las Américas, la Organización Panamericana de la Salud, en el año 1960, extendió su programa general de trabajo. En el Informe que sigue se analizan los resultados de mayor significación de los 288 programas que comprenden acciones de protección, de fomento y de recuperación de la salud. Dado el carácter eminentemente asesor de nuestras funciones, es natural que sólo se mencionen los resultados tangibles, sea como efectos en relación con propósitos definidos o como actividades realizadas que son parte de un determinado proyecto. Sin embargo, mucho hay en el diario vivir de la colaboración internacional que tiene consecuencias inmediatas o a largo plazo, que no se pueden medir y que incluso escapan a la narración. El análisis diario de cada consultor con su colega nacional, comentando resultados, positivos o negativos, y tomando las medidas necesarias para orientar las acciones hacia las metas previstas, es uno de los más sólidos fundamentos del éxito de cada programa. Este proceso refleja los propósitos de bien común que animan a todos los participantes en la empresa y que son parte del intercambio generoso de ideas y de experiencias, que es la esencia de la cooperación internacional. En el año 1960, 837 funcionarios de la Organización pusieron sus esfuerzos al servicio de esta causa que es la salud y el bienestar de los habitantes del Continente. Provinieron de 44 países del mundo, el 90% de las Américas. Aparte de

las funciones específicas de este personal, constituye una interesante experiencia sociológica observar el proceso sutil de relación entre personas con rasgos culturales diversos, movidas por propósitos superiores.

Los problemas más frecuentes

Los problemas de salud que afectan a los habitantes del Continente coincidieron, en cuanto a su naturaleza, con los ya conocidos. Los de mayor frecuencia derivan de una falta de adaptación o de resistencia a los estímulos del ambiente mediato o inmediato en que viven. El hombre es un ser que reacciona directa o indirectamente frente a todos los elementos que existen en su medio, sean de carácter físico, biológico, psicológico o social. En este proceso permanente y silencioso, las enfermedades más frecuentes derivan no sólo de la concentración y acción patógena de los estímulos, sino de la capacidad de reacción del hombre a cada uno de ellos.

Como en años anteriores, se observaron en los distintos países problemas relacionados con el saneamiento deficiente, las enfermedades transmisibles, agudas y crónicas, la malnutrición, la atención de los enfermos de cuadros diversos, la ignorancia, en lo que respecta al origen y a la prevención de las enfermedades, la habitación insalubre. Las prioridades variaron de un país a otro así como de una región a otra dentro de un mismo país. En el origen de estos problemas, las causas biológicas están íntimamente mezcladas con las de carácter social, lo cual explica que se obtengan mejores resultados cuando tales problemas se abordan por medio de programas que tengan en cuenta todos los factores presentes. Queremos decir con esto que las enfermedades tienen en general causas múltiples y que la política de integración de las funciones de la salud pública con las del bienestar, es la que conduce a efectos más duraderos.

Los Gobiernos pusieron en práctica los métodos probados para cada proceso específico, por medio de instrumentos de trabajo, como son, los servicios organizados, el personal adiestrado, la investigación de procedimientos más eficientes, la programación. Son éstas funciones que están presentes en todas las actividades de medicina individual y colectiva y que deben ser motivo de continua revisión con fines de perfeccionamiento.

Los adelantos conseguidos

Si se consideran en conjunto los proyectos en los cuales ha colaborado la Organización en 1960, cuya síntesis aparece al final de este Informe, puede comprobarse que se han conseguido verdaderos avances. Sin embargo, no siempre se reflejaron los resultados en la magnitud del problema nacional y, por lo tanto, en los índices de morbilidad y de mortalidad. Se exceptúan, como es lógico, aquellos programas de carácter demostrativo, sea en cuanto a organización o a métodos, y algunos de adiestramiento. Cabe tener presente el crecimiento de la población en un 2.6% en el curso del año, sin un aumento proporcional de los recursos económicos, del personal y de los elementos para atender a estas nuevas necesidades.

No obstante, toda la información relativa a las actividades de la Oficina en 1960 respira progreso, revela mejor experiencia y señala con más claridad los caminos a seguir para fomentar la salud y, como consecuencia, el bienestar social.

La ordenación de las materias corresponde a las grandes líneas del programa general de trabajo de la Organización. Como ocurre con todas las clasificaciones, se trata de un artificio para facilitar el análisis de un problema complejo, como es el de la salud como elemento fundamental de las sociedades y de un programa diversificado que, si bien amplio, sólo comprende respuestas a los hechos más frecuentes en cada comunidad. En el Informe se relata en capítulos sucesivos la labor de los Gobiernos en el mejoramiento de los servicios básicos de salud, en el nivel nacional y local; en el control o erradicación de las enfermedades transmisibles de mayor prevalencia; en educación y adiestramiento, y en investigación científica. Incluye, además, una síntesis de las actividades de la Organización y de sus Cuerpos Directivos y de la administración general de la Oficina Sanitaria Panamericana. No obstante, es fácil advertir que se trata de una ordenación artificial y que las actividades que se describen en un país tienen relación entre sí. Todas corresponden a un propósito último, superior, que se define en la política que sigue hoy la Organización, como la hemos analizado en páginas anteriores. Convendría que, en el futuro, la idea de coordinar las acciones de prevención y curación con el desarrollo económico se viera más patente en los programas de gobierno, con o sin colaboración internacional. No está aún fuertemente arraigada en los países del Continente la idea de planificar el crecimiento de la economía y las funciones sociales. No existen sino en pocos de ellos estructuras jurídicas e institucionales con este propósito. Dada la magnitud de los problemas, la tendencia actual de los Ministerios es atender las necesidades inmediatas que no siempre corresponden a las de mayor peso social. Por ello, la coordinación, si bien se intenta, no siempre se refleja claramente en el plano nacional o local.

Integración de funciones

En la América Latina es necesario dar forma real a la integración de las funciones de protección, fomento y reparación de la salud. A este propósito la Organización ha dedicado esfuerzos crecientes en los últimos años, sea por medio de sus programas de educación o por la actividad directa de los consultores. Es evidente que en las escuelas de salud pública se analiza con más profundidad y extensión este concepto y sus proyecciones. Nos parece, sin embargo,

que el énfasis se ha puesto en la prevención y la protección de la salud tomando la familia como unidad de trabajo. La atención médica no se considera siempre en el plano de importancia y de urgencia que merece la magnitud del problema y los fondos que se invierten hoy en el Continente. Aparte de estos argumentos, desde el punto de vista de la historia natural de las enfermedades, no se encuentra justificación hoy para separar lo curativo de lo preventivo en la organización y la administración de los servicios. Cuanto más eficientes sean estos últimos, más fácil será considerarlos e incorporarlos a todas las iniciativas del desarrollo económico de cada país, sean de promoción de la industria, de la agricultura, de la educación, o de la vivienda, por citar algunas de las más importantes. De esta manera será posible llevar a la práctica la política que hoy preside a la Organización y a la que nos hemos referido anteriormente.

A pesar de estas limitaciones estamos convencidos que los técnicos de salud formados en los últimos 10 años, por la colaboración de las organizaciones internacionales que trabajan en el Continente, han contribuido mucho a difundir la tesis de la integración. Hay un nuevo lenguaje en las Américas respecto a cómo entender y abordar los problemas de salud pública. Ha tenido un efecto comparable la acción asesora directa de los consultores en programas locales o en los organismos nacionales. En este sentido, en el año 1960 la Oficina Sanitaria Panamericana colaboró con 17 Gobiernos del Continente. Los detalles aparecen en el capítulo sobre "Administración de Salud Pública". En algunos países una buena experiencia local ha conducido a extender la cooperación a un número mayor de instituciones estatales o provinciales; en otros, el Gobierno se ha interesado más por el nivel nacional, con algunas unidades demostrativas al servicio de determinadas comunidades. En todos los países hubo progreso, el que evidentemente se ha reflejado en una mejor calidad de las atenciones prestadas. La experiencia revela en las organizaciones, cualquiera la naturaleza de las actividades, que a medida que mejoran las estructuras, los procedimientos administrativos para hacer realidad las ideas, las técnicas y los métodos de trabajo, la formación y la capacitación, los efectos sociales crecen proporcionalmente. En el curso del año pasado, 740 funcionarios, profesionales y auxiliares, asistieron a cursos desarrollados en los proyectos integrados de salud. Su detalle aparece en el Cuadro 2 del capítulo "Administración de Salud Pública".

Quisiéramos señalar el interés de algunos Gobiernos por reactualizar la legislación sanitaria y la asesoría prestada por la Organización con este propósito. Las leyes vigentes en muchos de los países deben revisarse, en vista de los actuales conocimientos como consecuencia de los grandes aportes de la investigación científica en biología, en medicina y en salud pública, y el interés cada vez mayor de las comunidades por la solución de los problemas sociales que las afectan.

Establecimiento de los servicios de carrera

Otro hecho digno de mención ha sido la atención creciente que se ha dado a la creación de un mayor número de cargos con dedicación exclusiva y el establecimiento de una carrera en salud pública atractiva y que retenga al personal calificado. Si bien en los últimos 10 años esta idea se ha difundido en el Continente, el deterioro de la situación económica general se ha reflejado marcadamente en el poder adquisitivo de las rentas. De aquí las resoluciones repetidas de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud instando a los Gobiernos Miembros a prestar cuidadosa atención a este problema. Nada substituye el valor del hombre para fomentar y hacer realidad el progreso. En las funciones de la salud pública, por su gran contenido educativo que obliga al contacto personal, a la relación humana más intensa, la máquina y los recursos materiales en general tienen un valor más reducido que en otras empresas. Por ello el personal de dichos servicios es el elemento vital, el que no tiene substitución.

En el campo de la administración sanitaria, la Organización ha aumentado la extensión y variedad de los servicios a los Gobiernos con el fin de atender sus solicitudes. Junto a las funciones ya clásicas, como son la de administración general, enfermería, saneamiento y estadísticas vitales, se han incorporado en años recientes la atención médica, nutrición, higiene mental, educación para la salud y protección contra la radiaciones ionizantes. Es evidente que no ha sido posible dar a todos los problemas un tratamiento similar, no sólo porque su magnitud es diversa y las técnicas para resolverlos son de eficacia variable, sino también por la limitación de los recursos de los Gobiernos y de la Organización.

Los programas de abastecimiento de agua

Basta recordar que existen hoy en las Américas 110 millones de personas que carecen de agua potable para todo propósito práctico; se comprende, de inmediato, el significado social y económico de esta situación. De éstas, 30 millones viven en comunidades de más de 2 mil habitantes y el resto, en el medio rural. Sucesivas resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud han precisado la naturaleza de este problema en sus aspectos técnicos, administrativos, legales y financieros. Han reconocido la necesidad de la colaboración internacional creando un Fondo Especial sobre la base de contribuciones voluntarias. Se ha definido mejor el papel de los Gobiernos y de las personas, movidos por un interés común. Se ha destacado el valor complementario de los créditos internacionales, a largo plazo y bajo interés, para realizar las obras.

Ya nos referimos al papel de extraordinaria importancia que está jugando en este sentido el Banco Interamericano

de Desarrollo. Confiamos que en los años próximos esta acción se extienda y que otros organismos de crédito adopten una política similar.

De las actividades de promoción y asesoría que realizó la Organización en 1960, cuyo detalle aparece en el capítulo respectivo del Informe, cabe señalar los dos cursos de adiestramiento en administración, explotación y financiamiento de sistemas de abastecimiento de agua que tuvieron lugar en el Centro de Ingeniería Sanitaria "Robert A. Taft", en Cincinnati, Ohio y en la Escuela de Ingeniería de la Universidad de México. Un total de 95 ingenieros participaron en ambos programas. Además, se celebró un seminario sobre tarifas de agua, en Montevideo, con asistencia de 60 ingenieros. La Organización participó también por medio de tres consultores especializados, en el Seminario sobre la contaminación de las fuentes de abastecimiento de agua, que tuvo lugar en Río de Janeiro. Algunos países iniciaron la preparación de planes para los próximos 10 ó 20 años con el fin de asegurar la provisión de agua para toda la población. En otros, cuyo detalle se incluye, la Organización asesoró en la preparación de programas para determinadas comunidades urbanas, que pudieran ser objeto de créditos externos e internos, como para el medio rural.

Los problemas de la nutrición

Dice el Informe: "El problema de la nutrición es, en definitiva, resultado inexorable del conjunto de los problemas económicos, sociales, culturales, agrícolas y sanitarios de un país. La política de la Organización consiste en colaborar con los Gobiernos Miembros en la búsqueda de fórmulas que permitan establecer un plan de acción bien orientado y coadyuvar a la coordinación de todos los esfuerzos nacionales encaminados al mejoramiento del estado de nutrición de sus pueblos". Para dar forma a esta política, en 1960 se crearon tres nuevos cargos de consultores en nutrición, uno a nivel Regional y dos en las Zonas. Se iniciaron programas ampliados de nutrición en tres países, lo que da un total de seis en los cuales existen proyectos de esta naturaleza, en los que colaboran UNICEF, FAO y la Organización. Se hicieron los estudios preliminares en seis países más, cuyos proyectos deberán desarrollarse a partir del año próximo. Esperamos que en el futuro, en cada país del Continente, en áreas donde la desnutrición es intensa, especialmente en el medio rural, se extienda este tipo de programa. En esencia, se procura mejorar el estado nutritivo, intensificando la producción local de alimentos y su mejor distribución mediante la educación de las personas y de las familias.

Los estudios que condujeron a la preparación de la INCAPARINA, por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, han servido de incentivo para la investigación de otras mezclas ricas en proteínas vegetales. Estos se están desarrollando en varios países del Continente. Entre tanto, por Resolución VII de la XII Reunión del Consejo Directivo se reconoció el valor de la INCAPARINA o de mezclas similares y se instruyó a la Oficina Sanitaria Panamericana para colaborar con los Gobiernos con este propósito. Cabe insistir, una vez más, en que la INCAPARINA o cualquier preparado similar, no es un medicamento sino un alimento y que no se trata de substituir las proteínas de origen animal. No obstante, mientras los Gobiernos no cuenten con estas últimas en cantidad suficiente, mezclas como la INCAPARINA, que se ha revelado con un valor nutritivo comparable al de la leche y de un costo mucho menor, pueden servir admirablemente para luchar contra la desnutrición y sus consecuencias.

A pesar de que se conoce un método sencillo para yodizar la sal, aún hay 30 millones de enfermos de bocio endémico en las Américas. Sea por falta de la legislación adecuada o por interferencias de naturaleza diversa, el hecho concreto es que no se instalan las plantas de yodización o, donde se ha hecho, no cubren el total de la región afectada de bocio. El INCAP ha realizado una labor intensa de colaboración en los países de Centro América y en Panamá; en igual sentido han actuado los demás consultores de la Organización. Esperamos que los Gobiernos le presten a este problema la atención que merece por sus consecuencias sociales.

La labor realizada en nutrición, en 1960, aparece en todos sus detalles en el capítulo correspondiente de este Informe.

Las estadísticas

En el campo de la estadística, cabe destacar dos publicaciones en el año 1960: *La salud en las Américas y la Organización Panamericana de la Salud* y *Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas, 1949–1958*. Ambas representan un nuevo esfuerzo para conocer la magnitud de los problemas prevalentes y orientar la política y las medidas adoptadas para resolverlos. Mucho queda por hacer para mejorar la calidad de las estadísticas vitales y sanitarias en el Continente. Además de ser incompletas, los datos distan de reflejar la realidad. De aquí deriva una de las mayores dificultades para poder programar adecuadamente, evaluar los resultados, mejorar los servicios, en suma, servir más eficazmente en las comunidades. Todo esfuerzo en este sentido es de grandes proyecciones. Lo que la Organización ha hecho en el año 1960 revela progresos substanciales en el mejor conocimiento de los problemas y en la formación de personal más capacitado para los servicios de estadística. Ello se comprueba al analizar los detalles en el Informe relativos a la recolección, análisis y distribución de información estadística; educación y adiestramiento en diversas universidades del Continente; las actividades del Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades, en Caracas; la asesoría directa prestada a los países por medio de los cuatro Consultores de Zona, el último de los cuales inició sus actividades en el curso de 1960.

Erradicación de la malaria

Durante 1960, en todos los países del Continente en que se conoce la existencia de malaria, se desarrolló un programa de erradicación, en fases diversas. En algunos, se suspendieron los rociados en grandes extensiones que entraron en el período de consolidación. Es el caso de México, en que este hecho ocurrió en el 80% de las casas del área malárica, y de Jamaica, donde se produjo en 8 de los 12 distritos del territorio. En 4,692 Km² de la costa de Surinam se produjo igual situación. En Venezuela, de un área originalmente malárica de 600,000 Km², el área de malaria erradicada se elevó a 407,945 Km². Este hecho fue comprobado, en el curso de 1960, por un grupo de expertos de la Organización que a solicitud del Gobierno de Venezuela realizó estudios sobre el terreno. La cifra mencionada adquiere todo su valor si se tiene en cuenta que del número total de municipios del país que se eleva a 618, de los cuales 505 se encuentran en el área originalmente malárica, en 388 se ha declarado erradicada la malaria. Es esta la primera oportunidad en que un informe de esta naturaleza ha sido posible.

Salvo excepciones, las operaciones se realizaron conforme al programa. Hubo mejor evaluación, tanto activa como pasiva, los servicios fueron administrados más adecuadamente, el personal reveló más experiencia. Las excepciones son la consecuencia de fenómenos biológicos entre los cuales se destaca la resistencia del vector al DDT y al dieldrín, particularmente en ciertas zonas de cuatro países de Centro América. Cabe mencionar El Salvador en este sentido. Por otra parte, los problemas fueron de carácter administrativo y financiero. Los últimos han motivado la sugestión de recurrir al crédito internacional para asegurar el desarrollo del programa hasta la erradicación, en todos los países que lo estimen necesario. Esta proposición se funda en la importancia que tiene para la salud y la economía la eliminación del paludismo, hecho siempre presente en el pensamiento de aquéllos que han participado en la campaña desde su gestación y que explica el interés de todos los gobiernos del mundo por llevarla a término. Pocas veces en la historia de las empresas humanas se ha concentrado la atención del mundo entero y se han conjugado la inventiva y los esfuerzos de tantas personas para resolver un problema que afecta a millones de seres y que tiene hondas repercusiones para el bien común. Sólo en las Américas hay 88 millones de habitantes en áreas maláricas, cuya extensión alcanza a 12 millones de kilómetros cuadrados de tierras fértiles en larga proporción. Por ello pensamos que hay que dar término a esta tarea en la cual se han hecho progresos tan substanciales. La investigación va a dar la respuesta para los problemas de carácter biológico. No debiera detenerse esta corriente de esfuerzo singular, que tiene tanta proyección social, por falta de dinero. Cuando sea del caso, debieran los Gobiernos tener la posibilidad de obtener préstamos a largo plazo y bajo interés y asegurar la terminación de los programas.

Abunda el Informe en detalles sobre los distintos aspectos de la erradicación y los hechos sobresalientes ocurridos en el año pasado.

La viruela

Prácticamente se notificó el mismo número de casos de viruela a la Oficina Sanitaria Panamericana en 1960 que en 1959. Las cifras son 4,754 para el año pasado y 4,702 para el anterior. Todos los enfermos proceden de países de Sudamérica y en una gran proporción de dos de ellos. Digno de destacar es el programa realizado en Colombia que ha traído como consecuencia una acentuada reducción en el número de casos notificados. La Organización ha seguido colaborando con los Gobiernos en los programas de erradicación, en la preparación de vacunas de alto poder inmunizante, tanto de tipo glicerinado como desecado, en el adiestramiento de técnicos para las distintas actividades.

Una vez más queremos insistir en que la viruela es una enfermedad que puede y debe ser eliminada del Continente. En numerosas oportunidades la Asamblea Mundial de la Salud y los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud se han pronunciado en iguales términos. Se cuenta desde hace 162 años con un procedimiento biológico eficaz para lograr un nivel de inmunidad que impida las epidemias; es de preparación relativamente sencilla y de bajo costo. La viruela, por otra parte, es típicamente una enfermedad que no respeta fronteras y que en el mundo de hoy puede propagarse con gran velocidad.

La fiebre amarilla

El 80% del área poblada por el *Aëdes aegypti*, vector urbano de la fiebre amarilla, se encuentra libre de este mosquito gracias al programa de erradicación realizado por los Gobiernos correspondientes, con la asesoría de la Organización. Este hecho ha ocurrido en 11 países y 3 unidades políticas. En 1960, El Salvador fue declarado libre del vector. Colombia y Costa Rica completaron la fase de verificación final. En los Estados Unidos de América encuestas realizadas durante el año indicaron la ausencia de *A. aegypti* en los Estados de Carolina del Norte, Arizona, Nuevo México y Oklahoma y la mitad occidental de Texas. En septiembre tuvo lugar en Pensacola una conferencia que permitió precisar mejor los métodos que deberán seguirse para erradicar el vector del territorio. En los demás países ha continuado el progreso de los respectivos programas, si bien se han comprobado algunos focos de resistencia al DDT. La Organización Panamericana de la Salud, en cumplimiento de la Resolución de su Consejo Directivo en 1947, ha continuado la promoción y la coordinación de los esfuerzos con el fin de asegurar la desaparición del *A. aegypti* de las Américas.

Lepra

El programa de lepra recibió particular impulso durante el año 1960. La Organización designó consultores para ocho países del Continente con el fin de asesorar en las acciones de control sobre la base de un mejor conocimiento de la prevalencia de la enfermedad. Se reactualizaron además las encuestas en Perú, Bolivia y Ecuador. En los demás países se extendieron las actividades del programa acentuándose el tratamiento ambulatorio y reduciéndose marcadamente la función de los leprosarios.

Poliomielitis

La Segunda Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomielitis tuvo lugar en Washington, del 6–10 de junio de 1960, patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud con la cooperación económica de la Fundación "Sister Elizabeth Kenny". Se presentaron 45 trabajos científicos que fueron analizados en detalle por 85 participantes provenientes de 20 países. Se dio cuenta de la vacunación de más de 80 millones de personas realizada en 13 países. Dos meses después de terminada la reunión se publicó el volumen que contiene los trabajos y las discusiones, el cual ha sido ampliamente distribuído en los centros científicos del mundo.

Le correspondió a la Oficina colaborar con el Gobierno de Colombia en un programa de vacunación en Bogotá que comprendió 225,771 niños menores de cinco años. Durante el año, se completó el plan nacional en Costa Rica, en forma que al 31 de octubre se había administrado la vacuna a 305,959 menores de 11 años.

Estimamos que la Organización ha realizado en el control de la poliomielitis una labor significativa, no sólo asesorando a algunos Gobiernos del Continente en programas de inmunización con virus vivos atenuados, sino también dando a distinguidos investigadores oportunidad de intercambiar opiniones sobre un problema biológico complejo, en las dos conferencias realizadas en 1959 y 1960.

Frambesia

En Haití, la fase de vigilancia del programa de erradicación de la frambesia, que comenzó en 1959, continuó desarrollándose muy satisfactoriamente en 1960. Hasta diciembre de este último año se investigó un área que comprende 2,350,420 habitantes, aproximadamente el 67% de la población de Haití. Se descubrieron y trataron 695 enfermos, que padecían formas infecciosas de frambesia. Relacionando el número de éstos y la población investigada, se puede decir que la incidencia de la enfermedad, en este grupo, disminuyó de 10 por 10,000 en 1959 a 3 por 10,000 en 1960.

Un análisis más detenido ha demostrado que sólo el 1.5% de las úlceras que se venían considerando como formas infecciosas de frambesia lo son realmente y que el porcentaje restante corresponde a otras afecciones de distinta etiología. Igual estudio se ha iniciado para establecer si las otras formas clínicas de frambesia, que se consideran infecciosas, son en efecto manifestaciones de dicha enfermedad. Estas investigaciones que continuarán durante 1961 permitirán una evaluación más exacta del problema de la frambesia en Haití.

Es importante señalar que este tipo de investigación sólo es posible cuando la incidencia de la enfermedad ha llegado a un nivel tan bajo como ha ocurrido en Haití y se le considera una etapa previa para declarar al país libre de la enfermedad.

El Informe describe las demás labores de asesoría en 1960 en el capítulo de "Erradicación de la frambesia".

Enfermedad de Chagas

En marzo de 1960, bajo los auspicios de la Organización, se reunió un Grupo de Estudio para analizar los conocimientos respecto a la enfermedad de Chagas, establecer las bases para su control y señalar aquellos aspectos que deben ser motivo de más acabadas investigaciones. Se pone de relieve asimismo el papel asesor de los organismos internacionales. El informe del Grupo de Estudio ha sido ampliamente distribuido y confiamos que ha de estimular el interés de los Gobiernos por este problema de salud pública, de vivienda, de bienestar.

Tuberculosis

A pesar de los progresos realizados por los países del Continente en el control de la tuberculosis, como lo demuestran los índices de mortalidad, las informaciones revelan que se trata aún de un problema de gran importancia social en los países de América Latina.

En el pasado la asesoría de la Organización se concentró en la vacunación en masa con BCG. En la actualidad el énfasis está en el uso adecuado de la quimioterapia, especialmente con isoniazida, la que está permitiendo un mayor número de tratamientos ambulatorios y un mejor uso de las camas de hospitales. Al contar con recursos suficientes, la Organización podrá desarrollar un programa de asesoría continental destinado a reducir aún más los índices de morbilidad y mortalidad. Siempre deberá tenerse presente que en tuberculosis los llamados factores sociales juegan un papel de consideración.

Hemos mencionado sólo algunas de las enfermedades transmisibles prevalentes. Junto a éstas hay otras que han motivado la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana en el año pasado, las que se describen en el capítulo respectivo.

Educación y adiestramiento

El desarrollo social y económico de la América Latina dependerá principalmente de la cantidad y calidad del

personal técnico y profesional. Junto con el capital, éste es el factor principal. Este aserto se aplica señaladamente en salud pública donde el técnico capacitado es insubstituíble. En la América Latina hay serias deficiencias con respecto a cada una de las profesiones que se dedican a la medicina individual y colectiva, tanto en lo que respecta a número como a calidad. En el informe que denominamos *La salud en las Américas y la Organización Panamericana de la Salud*, aparecido en 1960, se analiza en detalle la situación actual respecto a médicos, ingenieros, dentistas, médicos veterinarios, enfermeras, matronas y demás profesionales, como la de sus auxiliares. Reconocemos los esfuerzos que han hecho los Gobiernos y los organismos internacionales de carácter público y privado para mejorar este estado de cosas. Se ha podido precisar mejor el tipo de profesional que se requiere para las necesidades crecientes en los países. Se ha establecido el papel indispensable de los auxiliares y la urgencia de capacitar a los que hoy trabajan y de formar un número mucho mayor. Los programas de enseñanza han sido y están siendo revisados para adaptarlos a las circunstancias de esta época. Hay, en síntesis, un concepto más claro del problema, su magnitud, la forma de abordarlo en los distintos campos de la formación profesional y de auxiliares. Lo que falta son mayores recursos para determinar las necesidades reales de cada país, para formar más personal docente y dar oportunidad de perfeccionamiento al hoy disponible, para mejorar la organización y administración de los establecimientos, para crear nuevas escuelas donde se justifique o nuevos departamentos de enseñanza donde falten y para dotar de los equipos y demás elementos a las instituciones existentes. Como complemento indispensable, se requiere un mayor intercambio de expertos en educación general y de aquellos dedicados a determinadas disciplinas.

La Organización contó con la asesoría del Comité Asesor en Educación para dar forma a un plan de 10 años de colaboración con los Gobiernos con los propósitos enunciados. El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su XII Reunión, destacó la importancia de los esfuerzos para ampliar las actividades en educación y adiestramiento y urgió al Director a intensificar las gestiones para obtener fondos extrapresupuestarios con el fin de extenderlas en forma progresiva.

Entretanto, con el presupuesto ordinario se realizaron importantes programas en 1960. Su detalle se consigna en el capítulo "Educación y Adiestramiento" del Informe. En lo que respecta a las escuelas profesionales, los progresos obtenidos demuestran simultáneamente lo mucho que queda por hacer y la necesidad de mayores inversiones por parte de los Gobiernos y de las organizaciones internacionales.

Becas

Señala el Informe que "se adjudicaron en las Américas 516 becas, lo que representa un 2% de aumento sobre las 505 otorgadas en 1959". Durante el mismo período 107 becarios enviados por las otras Oficinas Regionales de la Organización Mundial de la Salud vinieron a cursar estudios en las Américas. Las becas destinadas a especialización en salud pública recibieron prioridad alcanzando el 41% del total. Las demás se destinaron a cursos no académicos o especiales de distinta naturaleza y para estudios de observación de instituciones y programas en diversos países. Un acucioso análisis de esta actividad fundamental aparece en el Informe e invita a su lectura. Revela asimismo una tendencia en cuanto a prioridades en el campo de la educación médica y de salud pública.

Desde 1959 la Organización viene realizando una encuesta sobre enseñanza de enfermería en el Continente. De acuerdo con criterios pre-establecidos, se seleccionaron 110 de los 270 establecimientos reconocidos oficialmente por los Gobiernos de los países en los que se encuentran situados. En el Informe se consignan las características de 105 escuelas. El estudio de dichos centros revela los aspectos positivos y negativos de la enseñanza de una profesión que representa uno de los pilares para promover, fomentar y reparar la salud en el Continente.

Investigación científica

"Las investigaciones se están convirtiendo en actividad específica de la Organización, y es probable que gracias a la expansión iniciada en 1960, se logren importantes progresos en el conocimiento de la epidemiología de las enfermedades en las Américas". Así termina el capítulo correspondiente del Informe en el que se relata lo realizado en 1960. El hecho de mayor significado ha sido el convenio suscrito entre la Organización Panamericana de la Salud y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, por medio de los Institutos Nacionales de Higiene, con el fin de promover estudios indispensables en medicina individual y colectiva relacionados con las enfermedades prevalentes en las Américas.

El conocimiento puro en biología no tiene siempre una proyección universal, lo que se debe a la dependencia de los seres vivos de su ambiente, a la variación de ambos y al proceso permanente de adaptación. Son éstos algunos de los fundamentos de la ecología como ciencia autónoma, entre cuyos propósitos está el determinar la distribución geográfica de las enfermedades.

En los últimos 10 años, la Oficina Sanitaria Panamericana ha promovido una serie de trabajos científicos de importancia sobre problemas de salud pública frecuentes, los que han agregado informaciones de valor práctico. Quisiéramos recordar entre otros los relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades venéreas; el mecanismo de transmisión de la oncocercosis; el ensayo de nuevos insecticidas y drogas en malaria; el proceso biológico de la resistencia de los anofeles al DDT y al dieldrín; la acción biológica de mezclas de proteínas vegetales en la desnutrición y la preparación de la INCAPARINA; las técnicas para yodizar la sal y controlar el bocio endémico; el ensayo de

vacunas con virus vivos atenuados contra la poliomielitis; la epidemiología de la desnutrición infantil y la influencia del saneamiento, la infección y la alimentación; la producción de una vacuna con virus vivos atenuados contra la fiebre aftosa; los factores alimenticios en la patogenia de la aterosclerosis; métodos más específicos para el diagnóstico de la hidatidosis; los reservorios animales de salmonellas y su influencia en la producción de diarreas infantiles; el desarrollo de vacunas más activas contra la rabia. En el Informe que sigue se detallan los trabajos que tuvieron lugar en el año pasado. No obstante, aunque pudiera parecer paradójico, los enormes progresos científicos ocurridos en el decenio, han revelado la necesidad de precisar los conocimientos y determinar las características de cada proceso en su ambiente, siempre con el propósito último de crear bienestar. A este fin obedece el interés de la Organización de extender este campo de sus actividades, contando, entre otros recursos, con los que se desprenden del convenio mencionado. A la vez, la Oficina Sanitaria Panamericana podrá complementar el programa de investigaciones médicas de la Organización Mundial de la Salud en este Continente.

Esperamos que con esta iniciativa se han de abrir nuevas oportunidades para los Gobiernos, las universidades y los investigadores en particular. La experiencia demuestra que las buenas ideas, aquellas que apuntan hacia el bien común, encuentran los medios para salir a la luz y hacerse realidad. La Oficina Sanitaria Panamericana, junto con estimularlas, podrá, a su vez, dar forma a estudios de carácter verdaderamente internacional, en el sentido que requiere la colaboración simultánea de varios países. Confiamos que en el curso de este decenio los trabajos científicos en medicina y en salud pública, patrocinados por la Organización, adquieran un ritmo creciente y contribuyan a la solución de problemas frecuentes.

Mejoramiento de los servicios administrativos

Toda acción en medicina individual y colectiva se concreta en la aplicación de una norma técnica por medio de un procedimiento administrativo. Así se explica la importancia que tiene la organización adecuada de las instituciones y su administración con el fin de llevar a la práctica la prevención y la curación de las enfermedades en las poblaciones que más lo requieren. Por Resolución XXXV de la X Reunión del Consejo Directivo en 1957, los Gobiernos Miembros reconocieron la existencia de este problema así como la necesidad de mejorar las estructuras y los métodos de trabajo de las diversas dependencias de los Ministerios de Salud. Se solicitó que la Oficina Sanitaria Panamericana ampliara su colaboración en este campo, la que se había concentrado en los programas de erradicación de la malaria. En efecto, desde los comienzos de esta campaña de extensión continental se pudo advertir la urgencia de dar a los servicios administrativos una calidad y una agilidad a tono con la precisión y la exactitud de las actividades de cada programa, que son dictadas por las características biológicas y ecológicas de la enfermedad. Con este propósito diversos consultores de la Organización han estado colaborando con los Gobiernos en las distintas fases de la erradicación del paludismo. Una labor relevante ha realizado la Administración de Cooperación Internacional del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Es evidente que hay necesidad de mejorar la organización general de los servicios nacionales y locales y de formar y capacitar a los técnicos y a los auxiliares. En la medida que se perfeccionen las prácticas administrativas aumentará la eficiencia de las acciones de protección, de fomento y de reparación de la salud. Se podrá atender a un número mayor de personas con menor costo. En el curso de 1960, un consultor de la Organización Panamericana de la Salud analizó en 10 países de la América Latina los métodos de trabajo y las estructuras de los Ministerios de Salud y de sus principales dependencias. Dio a conocer a las autoridades los propósitos de colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana en este campo. Hubo en todos los Gobiernos gran interés por contar con la asesoría de expertos y por concurrir a seminarios para analizar el problema en toda su extensión, como algunos de los métodos sugeridos. En noviembre del año 1960 tuvo lugar en San José de Costa Rica la primera de dichas reuniones, con la participación activa de los directores generales de salud y jefes de administración de los Gobiernos de Centro América y Panamá. Especialistas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Escuela Superior de Administración Pública de América Central cooperaron en el desarrollo de las sesiones de trabajo. En éstas hubo oportunidad de analizar las variadas disciplinas administrativas que forman parte de un servicio de salud, tanto en lo que respecta a sus objetivos como a sus métodos y a la estructuración de las unidades respectivas. El informe de este seminario contiene recomendaciones valiosas que esperamos que los Gobiernos pongan en práctica.

Este orden de actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana se realiza en colaboración estrecha con la Oficina de Administración Pública de las Naciones Unidas. Nos proponemos ampliarlo progresivamente hasta donde los recursos lo permitan, de acuerdo con las prioridades establecidas.

Funciones administrativas de la OSP

Entre las principales funciones administrativas de la Oficina Sanitaria Panamericana, señalaremos las relativas a los fondos de que se ha dispuesto para llevar a cabo el programa general aprobado por los Gobiernos y en particular los provenientes del presupuesto ordinario de la Organización Panamericana de la Salud. La cancelación de las cuotas por parte de los Gobiernos sólo alcanzó en 1960, el 76.3% del presupuesto aprobado, comparado con 81.4% en 1959. Los ingresos por contribuciones atrasadas, que en algunos casos se extienden a varios años, alcanzaron una

proporción mucho menor que en el año anterior. Como consecuencia, la Oficina Sanitaria Panamericana sólo dispuso del 70.5% de los fondos para atender a los programas aprobados de la Organización Panamericana de la Salud. El interés de los Gobiernos por esta forma de asesoría queda de manifiesto si se considera que hicieron solicitudes para nuevos proyectos por una suma superior a $1,475,000 que no pudieron incluirse en el presupuesto ordinario por las razones señaladas. Este problema ha sido detenidamente analizado por los Cuerpos Directivos de la Organización, y de sus resoluciones se desprende el interés decidido de los Gobiernos por normalizar la situación financiera tanto en lo que respecta a las contribuciones atrasadas como a las de cada año.

Colaboración con otras organizaciones

Una comunión de propósitos guía los esfuerzos de las organizaciones internacionales que colaboran con los Gobiernos del Continente. Si bien sus métodos de trabajo pueden variar, en última instancia sus actividades están destinadas a promover salud y bienestar. Como ocurre en todos los grupos humanos movidos por una misma finalidad, el tiempo y la experiencia permiten una mejor comprensión de las personalidades, una identificación de los pensamientos, con lo cual se facilita la acción conjunta. En las Américas, la Organización ha continuado colaborando con el UNICEF en una serie de programas relacionados con problemas prevalentes y que son motivo de la preocupación de los Gobiernos. Los más destacados son la erradicación de la malaria; el mejoramiento de los servicios básicos de salud, con especial referencia a la protección maternoinfantil, el saneamiento rural y el control de las enfermedades transmisibles; la nutrición, sobre todo en el medio escolar; la formación de auxiliares. Nuevamente queremos destacar la importancia que ha tenido la acción del UNICEF en pro del bienestar de grupos crecientes de seres humanos. En igual sentido queremos referirnos a la labor desarrollada por la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos de América, muy particularmente en los proyectos de erradicación de la malaria. La Fundación Rockefeller y la Fundación Kellogg han continuado una tradición en el campo de la educación médica, de la nutrición y de otras disciplinas de la salud pública. En determinados programas, la Oficina Sanitaria Panamericana ha colaborado con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización de los Estados Americanos, en su Programa de Cooperación Técnica, y la UNESCO, entre otras.

Sólo hemos querido comentar algunos de los hechos sobresalientes de los 288 proyectos de cooperación a los Gobiernos por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en las Américas. En conjunto, sólo muestran una parte de la obra porque queda mucho más que los países están realizando en bien de sus habitantes. Cabría preguntarse, a dónde conduce todo este esfuerzo. Nos hemos atrevido a sostener que la salud no es un fin en sí misma, ya que no se vive sólo para estar sano. Si lo que perseguimos es darle a la vida sentido y misión, parece adecuado este pensamiento de Julian Huxley como expresión de un propósito:

"La tarea más vital de la era actual es formular una base social para la civilización con el fin de destronar los ideales económicos y reemplazarlos por ideales humanos. . . . Para el biólogo que no tiene temor de ser también humanista, la esencia de la vida humana se encuentra en las relaciones sociales".

ADMINISTRACION DE SALUD PUBLICA

Introducción

Durante 1960, los Gobiernos de las Américas incrementaron los esfuerzos encaminados a mejorar y ampliar sus respectivos servicios de salud pública; la Organización recibió y atendió un creciente número de solicitudes de asistencia.

De particular importancia es la tendencia que se viene observando hacia la planificación a largo plazo de medidas de salud pública. En algunos países se nombraron grupos especiales para estudiar los recursos existentes y las necesidades futuras en el campo de la salud, estudio que en uno de los países tuvo por resultado la preparación y establecimiento oficial de un plan nacional de salud. En otros países, los grupos de estudio aportaron una valiosa contribución a los organismos nacionales de salud, mediante recomendaciones especiales relativas a la organización y administración de los servicios de salud.

Uno de los importantes progresos en este campo ha sido el creciente interés mostrado por los ministerios de salud en los aspectos administrativos de la salud pública, entre ellos la preparación de presupuestos, la gestión administrativa y la contabilidad. Los Gobiernos solicitaron la colaboración de la Organización en materia de preparación de presupuesto y gestión administrativa, en la administración del personal, inclusive contratación, asignación y ascensos, y en la organización de sistemas de adquisición, distribución, conservación y control de suministros y equipo. Esta cooperación de la Organización se prestó en forma de servicios de consultores, cursos de adiestramiento y seminarios. Respondiendo al interés común por esos problemas, la Organización colaboró en la preparación de un seminario sobre administración y organización de los servicios de salud pública en Centro América y Panamá, al que se hace referencia más detallada en otra sección del presente informe.

La legislación de salud pública también ha despertado mucho interés, a medida que las autoridades sanitarias nacionales reconocen la importancia de leyes fundamentales apropiadas que puedan servir de apoyo a las modernas prácticas de salud pública. La Organización colaboró estrechamente con las autoridades nacionales en Centro América y Panamá para activar la revisión de la legislación existente; para este fin, se facilitaron los servicios de dos consultores a corto plazo asignados a Costa Rica y El Salvador. Otro consultor se hizo cargo de una revisión similar en Trinidad, en donde ya se completaron estos trabajos, salvo en lo que se refiere a las leyes y reglamentos sobre las medidas de cuarentena. Para 1961, se proyecta proporcionar servicios consultivos adicionales en este campo, y se prevé que, para entonces, la Organización estará en condiciones de presentar recomendaciones sobre una legislación de salud pública uniforme aplicable a toda la Federación de las Indias Occidentales.

Otro acontecimiento importante ha sido la atención cada vez mayor que se viene dedicando a la creación de nuevos puestos a tiempo completo en el campo de salud pública y al establecimiento de servicios de carrera que permitan atraer y retener a un personal debidamente preparado en todos los niveles. Por ejemplo, en los planes de reorganización del Ministerio de Salud Pública de Colombia, figura la contratación de personal técnico a tiempo completo, al mismo tiempo que se ofrecen oportunidades de adiestramiento a los miembros del personal que necesiten ampliar estudios. Disposiciones similares se han adoptado en Guatemala, y en el servicio de carrera en salud pública del Uruguay se ha establecido una escala de sueldos apropiada para todas las clases y categorías de este personal.

Se viene apreciando cada vez más la necesidad de proceder a una evaluación frecuente y sistemática de los diversos aspectos de los servicios de salud pública a fin de garantizar la eficacia de los planes a largo plazo. Se han efectuado estudios de evaluación en cuestiones tan diversas como, por ejemplo, los resultados de la construcción de letrinas y la revisión sistemática de todos los servicios de salud ofrecidos en un país durante los últimos 10 años.

En el campo de la administración de salud pública, se han ampliado el alcance y variedad de los servicios que ofrece la Organización con el fin de atender las solicitudes presentadas por los Gobiernos Miembros. En este sentido, los servicios de asesoramiento de la Organización que, hace unos años, se concentraban principalmente en los campos fundamentales de la administración de salud pública, servicios de enfermería, saneamiento del medio y estadísticas vitales, ahora abarcan, además de estos aspectos, otras actividades

tales como la higiene dental, la salud mental, la nutrición y la educación sanitaria. El presente informe dedica, más adelante, unas secciones especiales a estas actividades, pero los resultados conseguidos con estas actividades se exponen en la sección siguiente relativa a los servicios integrados de salud.

Servicios integrados de salud

El concepto de servicios integrados de salud constituye la base para un planeamiento dinámico y moderno de los planes de salud pública. Los objetivos son:

1) Colocar bajo una administración unificada todos los servicios de los organismos oficiales de sanidad que se ocupan de la salud del individuo, la familia y la colectividad; y

2) Coordinar estos servicios, en la medida de lo posible, con los de otras instituciones, entidades o individuos directa o indirectamente dedicados al fomento, mantenimiento o recuperación de la salud.

La elaboración de planes se inicia con un estudio sistemático de los problemas de salud de todo un país o de una zona representativa; de los factores económico-sociales y culturales que contribuyen a la existencia de dichos problemas, y de los recursos humanos y materiales real o virtualmente disponibles para procurar la solución práctica y eficaz de los referidos problemas.

La fase siguiente consiste en establecer un plan de largo alcance encaminado a resolver, o cuando menos a minimizar, los problemas de salud más importantes. El plan debe ajustarse a las posibilidades y limitaciones del país o zona. En estos planes, la construcción de nuevas instalaciones, tales como centros de salud, unidades de salud, clínicas y hospitales, o la renovación de los medios e instalaciones ya existentes, es prueba palpable del crecimiento del programa. Todavía más esenciales resultan otras actividades que, sin ponerse inmediatamente de manifiesto, son de vital importancia. Estas comprenden el adiestramiento del personal de salud de todas las categorías, el estudio y modificación de las leyes de sanidad para permitir a las autoridades competentes una mayor flexibilidad en el ejercicio de sus funciones, el planeamiento de presupuestos a largo plazo, el establecimiento de servicios relativos a la carrera de salud pública y la evaluación periódica de los mismos.

La Organización está colaborando con los Gobiernos en muy diversos modos para fomentar este concepto. A veces, facilita los servicios de un consultor específico a un determinado departamento del organismo de salud; en otros casos, un grupo de consultores internacionales, con sus homólogos nacionales, establecen un plan básico para los servicios integrados de salud pública. En ocasiones, dichos grupos pueden trabajar a nivel nacional y ofrecer servicios directos de asesoramiento al Ministerio de Salud o al Servicio Nacional de Salud Pública. Es frecuente que se establezca un plan como resultado de las experiencias adquiridas en un área de demostración o en un proyecto piloto.

La Figura 1 indica los proyectos de servicios integrados de salud pública que se encuentran en funcionamiento y el personal internacional que presta servicio en los mismos. El Cuadro 1 muestra el número y clases de consultores internacionales en los proyectos integrados de salud pública. A continuación, se describen algunas de las actividades de importancia desarrolladas como parte del planeamiento de los servicios integrados de salud pública.

Planeamiento y organización de la salud pública

Debe recordarse que, en 1959, el Presidente de Colombia nombró una Comisión Nacional de Planificación para que estudiara la reorganización de toda la administración pública y propusiera un sistema más eficaz. La Comisión acordó estudiar el sistema administrativo del Ministerio de Salud Pública y, a base de este estudio, formular recomendaciones aplicables a otros organismos nacionales. El estudio se terminó en 1960 y se están ahora poniendo en práctica sus recomendaciones. La reorganización requiere que el Ministerio de Salud Pública establezca orientaciones y normas técnicas y administrativas, que serán aplicadas por los organismos de salud de los Departamentos del país y ejecutadas por las unidades de salud municipales.

Se ha procedido a una nueva distribución del personal técnico del Ministerio para dar mayor flexibilidad a la administración y supervisión, y las personas nombradas para ocupar puestos técnicos quedan ahora obligadas a dedicar todas sus horas de trabajo exclusivamente al desempeño de su misión. Se tomó la importante decisión de extender a otros Departamentos el proyecto piloto relativo a los servicios integrados de salud pública, en el que la Organización colabora mediante personal asesor. Treinta

Instalación de duchas, letrinas y lavaderos para los habitantes de un sector suburbano densamente poblado de Tegucigalpa, Honduras. Estas obras se hicieron bajo la dirección técnica de un ingeniero consultor de la OSP/OMS.

centros de salud están funcionando actualmente en 11 Departamentos.

En la República Dominicana se está estudiando la posibilidad de prolongar el proyecto de demostración más allá del período quinquenal originariamente planeado.

El programa de servicios integrados de salud pública iniciado en el Estado de Guanajuato, México, ha concluido satisfactoriamente y, en realidad, estas actividades se harán extensivas a los Estados de Sonora, Chihuahua, Tlaxcala, Michoacán, Oaxaca, Veracruz, Yucatán, Tabasco y Guanajuato. Se está llevando a cabo un estudio preliminar de los servicios de salud de dichos Estados, con la colaboración de consultores a corto plazo (miembros del personal del proyecto de servicios integrados de salud pública) y personal de la Oficina de la Zona II, sita en la capital mexicana.

En 1960 se llevó a la práctica en Cuba el plan de actividades correspondientes a un servicio integrado de salud pública. Se está concediendo la mayor importancia a los esfuerzos de carácter regional y local en la Provincia de Pinar del Río, pero el grupo de consultores también está trabajando a nivel nacional en un extenso programa de reorganización de los servicios de sanidad. Los planes actuales prevén el establecimiento en cada provincia de un servicio regional de salud pública, encargado de supervisar los servicios de zona que funcionen a cargo de los municipios principales; pero, debido a necesidades especiales y a la densidad de población, en la Provincia de Pinar del Río se han establecido dos servicios regionales de salud.

Se llegó a un acuerdo entre el Gobierno de Haití, la Organización y el UNICEF para establecer un área de demostración de servicios integrados de salud pública en el sector de Cul-de-Sac cercano a la capital. Haití ha dado un paso importante hacia la integración de sus servicios de salud pública, al disponer que los jefes de los hospitales de distrito actúen asimismo en calidad de jefes de salud pública de los distritos en que dichos hospitales están situados. Han recibido instrucciones para que concedan prioridad a los problemas de medicina preventiva que se plantean a las poblaciones rurales.

En Guatemala se reorganizó la Dirección de Sanidad Pública y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social casi ha completado los planes para un programa de salud

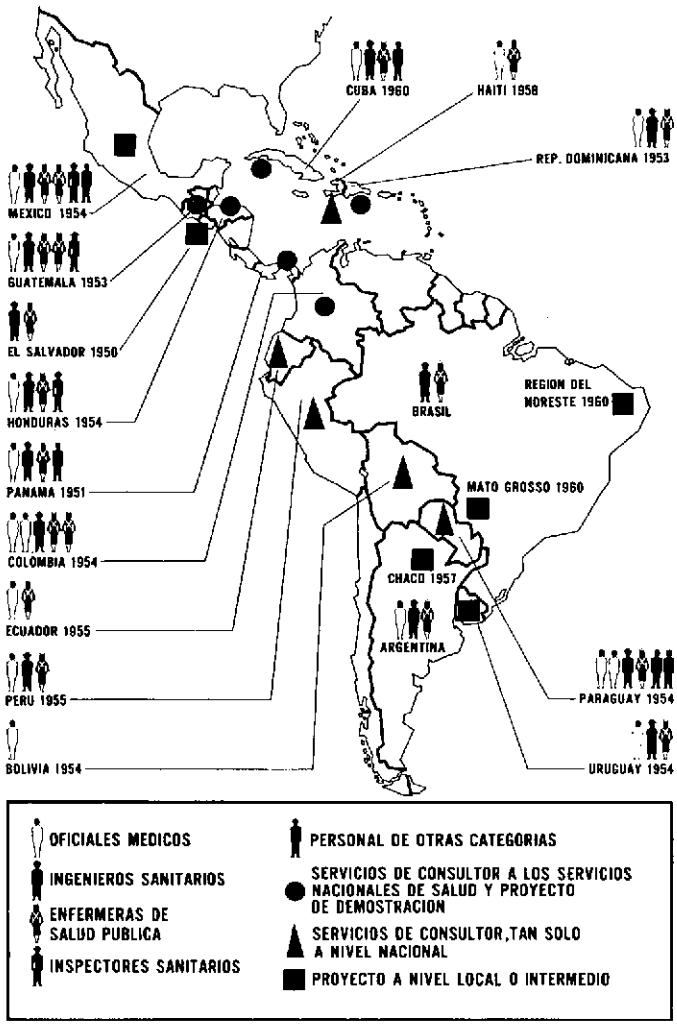


Fig. 1. Ubicación de los proyectos de servicios integrados de salud pública, año de iniciación y número y clase de consultores internacionales asignados a los mismos, 1960.

que comprenderá el período 1961–1966. La reorganización divide la Dirección de Sanidad Pública en cinco divisiones principales: Servicios de Sanidad Local, Servicios Técnicos Generales, Saneamiento del Medio, Epidemiología y Administración. De éstas, la División de Sanidad Local será ejecutiva y ya se han formado grupos compuestos de varios especialistas de salud pública con facultades de supervisión en todo el país. Las otras cuatro divisiones establecerán normas, y ya se han terminado trabajos en campos tales como atención a mujeres embarazadas y madres lactantes, cuidado del niño sano, técnicas de enfermería y el planeamiento y ejecución de actividades de saneamiento del medio. Estas normas se han reunido en un *Manual de procedimientos* que servirá de orientación para perfeccionar y ampliar la labor de los centros de salud. La reorganización dispone asimismo el establecimiento de centros de salud que ofrezcan servicios curativos y preventivos, en lugar de servicios únicamente curativos como se hacía anteriormente.

El Gobierno de Panamá nombró un grupo especial para estudiar los procedimientos actuales de salud pública y evaluar sus resultados, y recomendar adaptaciones o modificaciones que pudieran introducirse en futuros planes de salud pública. Los servicios de sanidad se han organizado sobre una base regional y se ha preparado un proyecto piloto para la Región Sanitaria Occidental.

El Area de Demostración Sanitaria de El Salvador, iniciada en 1951, fue el primer campo experimental en las Américas para el planeamiento y desarrollo de un programa integrado de salud pública. Ha servido de campo de adiestramiento para personal nacional y de otros países, y, en su calidad de zona de investigaciones y prácticas relativas a diversos aspectos de la salud pública, ha merecido la atención de las autoridades de salud de muchas partes del mundo. La experiencia adquirida y los resultados obtenidos han sido de gran utilidad, tanto para las autoridades nacionales como para la Organización. Actualmente, se procede a integrar en el sistema nacional de salud pública esta Area de Demostración.

El planeamiento y la organización del programa en el Perú se han realizado hasta ahora a nivel nacional, pero, a petición del Gobierno, se está considerando su ampliación a nivel local y el establecimiento en el Departamento de Junín, de un proyecto piloto que sirva de demostración de los servicios de salud pública descentralizados.

Se ha aprobado un plan de actividades para un proyecto de servicios integrados de salud pública en la Guayana Británica. El proyecto se pondrá en práctica en 1961, cuando la Organización facilite los servicios de un médico administrador de salud pública, que residirá en Georgetown y estará adscrito al Departamento de Servicios Médicos. Las autoridades de salud iniciarán este programa con un estudio analítico de las prácticas actuales en los servicios médicos y de enfermería, saneamiento, abastecimiento de agua y servicios preventivos de salud pública en todo el país, cuyo resultado servirá de base para el establecimiento de una política nacional de salud.

En Bolivia quedó terminada la reorganización del Ministerio de Salud Pública y del Servicio Nacional de Salud Pública, dando por resultado la incorporación a este servicio de varios departamentos que antes dependían directamente del Ministerio de Salud Pública, así como de algunos asignados anteriormente a otros Ministerios. En consecuencia, el Servicio Nacional de Salud Pública es ahora el organismo encargado de coordinar y orientar todas las actividades de salud pública del país. El creciente interés por los aspectos puramente administrativos de la salud pública, a saber: financiamiento y contabilidad, administración del personal, distribución de esfuerzos, etc., se puso de manifiesto también en este país con su solicitud de servicios de un consultor a corto plazo.

El concepto de servicios integrados de salud pública ha ganado asimismo mucho terreno en el Brasil. En el Nordeste del país y en Mato Grosso se están llevando a cabo sendos

CUADRO 1. NÚMERO Y CLASE DE CONSULTORES INTERNACIONALES EN LOS PROYECTOS INTEGRADOS DE SALUD PÚBLICA, 1960

Proyecto	Nivel de aplicación	Oficiales médicos	Ingenieros sanitarios	Enfermeras de salud pública	Inspectores sanitarios	Otros
Total		17	13	17	3	5
Argentina—7	Provincial y local	1	1	1	—	—
Bolivia—10	Nacional	1	—	—	—	—
Brasil—39	Provincial	—	(1)	1	—	—
Colombia—4	Nacional y local	1 (1)	1	2	—	—
Cuba—3	Nacional y local	1	1	(1)	—	1[a]
Ecuador—4	Nacional	1	—	(1)	—	—
El Salvador—5	Local	—	(1)	1	—	—
Guatemala—8	Nacional y local	1	1	2	(1)	—
Haití—16	Nacional	1	—	(1)	—	—
Honduras—4	Nacional y local	1	1	1	1	—
México—22	Local	(2)	1	1	1	1[a]
Panamá—1	Nacional y local	1	1	1	—	(1)[b]
Paraguay—10	Nacional	2	1	1	—	2[c]
Perú—22	Nacional	(1)	1	(1)	—	—
República Dominicana—4	Nacional y local	1	1	1	—	—
Uruguay—5	Local	1	1	1	—	—

( ) Puestos vacantes.
— Ninguno.
[a] Educador sanitario.
[b] Veterinarios.
[c] Un bacteriólogo y un oficial de métodos administrativos.

programas, y el Gobierno y la Organización estudian actualmente un plan de actividades para iniciar un tercer programa de esa clase en el Estado de Bahía, en 1961.

En el programa de Mato Grosso, iniciado en 1960, se han hecho ya progresos considerables en cuanto a establecer servicios de enfermería con base en el centro de Dourados. Actualmente se atribuye especial importancia a la higiene maternoinfantil y al control de enfermedades transmisibles, y a principios de 1961 se presentarán los programas de saneamiento del medio. En las ciudades de Itapora y Serraria se han establecido las visitas domiciliarias, y en Missão Kaiwa, Villa Brasil, Villa Gloria, Carapó e Itajaí se facilitan consultas médicas para pacientes externos y actividades afines de educación sanitaria.

Personal técnico de la Fundación del Servicio Especial de Salud Pública (SESP), con la colaboración de la Organización, está supervisando actualmente el programa integrado de salud pública en el Nordeste del Brasil. El programa funciona en 22 municipios y ofrece servicios de salud pública mediante 23 unidades de salud, dos hospitales de distrito y nueve unidades de maternidad. Como en Mato Grosso, este programa ha concedido importancia, hasta la fecha, a las actividades de higiene maternoinfantil y control de enfermedades transmisibles, pero se tiene en proyecto incluir en él, en 1961, el saneamiento del medio, particularmente la construcción de abastecimientos de agua potable.

En la Provincia de El Chaco, Argentina, se operó un importante cambio de organización, cuando todos los servicios anteriormente facilitados por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública nacional fueron transferidos al Ministerio provincial que, a su vez, transfirió ciertas funciones a los distritos sanitarios de la Provincia. Cada distrito sanitario comprende alrededor de un tercio de la Provincia y cuenta aproximadamente con 200,000 habitantes. Aspecto notable del programa es la completa coordinación a nivel de distrito de los servicios de salud preventivos y curativos. Se han hecho gestiones para la promulgación de un código sanitario uniforme. Los resultados obtenidos en el programa de El Chaco han suscitado interés en otras partes del país, y se ha preparado un plan preliminar para un programa similar en la Provincia de San Juan, cuyo Gobierno Provincial ha dispuesto las necesarias asignaciones presupuestarias. Además, se ha aprobado un Código Sanitario para toda la Provincia y se ha creado un Servicio Provincial de Salud Pública. También se han preparado reglamentos destinados a apoyar y facilitar la labor del organismo provincial de sanidad.

En el Paraguay, el adiestramiento de personal competente suplementario ha permitido proceder a la consolidación de los distritos sanitarios y a la ampliación de los servicios de supervisión. Se estableció un precedente muy importante con el nombramiento de una comisión presupuestaria encargada de establecer un sistema adecuado para la creación y mantenimiento de un presupuesto de salud pública sólido

y a largo plazo. Los planes para el presupuesto de 1961 fueron elaborados conjuntamente por el personal administrativo, coordinador y ejecutivo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y consultores internacionales. Salvo el programa de erradicación de la malaria, todos los servicios contra las enfermedades transmisibles se incorporarán al programa ordinario de salud pública, descentralizados y administrados por unidades de salud a nivel local.

Honduras fue el único país que, a fines de 1960, había elaborado y puesto en práctica un plan de salud pública nacional de largo alcance. El plan dispone una reorganización de los servicios a nivel nacional, así como la ampliación y mejoramiento de los servicios locales mediante la construcción de nuevas instalaciones y el adiestramiento de mayor número de personal. Merece señalarse la incorporación de un Departamento de Veterinaria de Salud Pública al Servicio Nacional de Salud Pública.

En Uruguay se ha hecho un estudio con el propósito de reorganizar la División de Higiene del Ministerio de Salud Pública. Esta comprenderá ahora el Departamento de Centros de Salud, y se crearán Departamentos de Epidemiología y Saneamiento del Medio. Durante este año, el personal nacional e internacional de salud pública continuó sus estudios relativos a la preparación de orientaciones para los servicios de higiene maternoinfantil, saneamiento del medio y control de enfermedades transmisibles. En colaboración con los organismos del seguro social, se elaboraron planes para el establecimiento de centros de maternidad en algunas zonas rurales y urbanas del país. Se preparó un presupuesto de las necesidades del proyecto de servicios integrados de salud pública para el próximo período cuatrienal; este presupuesto contribuirá a establecer una base firme para el planeamiento, ya que representa el décuplo del presupuesto anterior.

Adiestramiento

El adiestramiento de personal profesional y auxiliar constituye una parte muy importante del programa de servicios integrados de salud pública. Dicho adiestramiento se efectúa de diversos modos: becas para seguir cursos oficiales en escuelas de salud pública u otras instituciones especializadas del extranjero, así como programas de adiestramiento ordinario en un determinado país. Los programas de adiestramiento consisten en cursos que varían desde dos a tres meses a un año completo, según las necesidades del programa y la clase de personal a adiestrar. A veces, por razones de economía o facilidad de administración, los cursos se ofrecen como parte de los programas de enseñanza de instituciones tales como escuelas de medicina, enfermería o salud pública. Los cursos también pueden desarrollarse como parte de un proyecto de servicios integrados de salud pública, para ofrecer a los estudiantes la ocasión de adquirir

CUADRO 2. NÚMERO Y CLASE DE PERSONAL QUE COMPLETÓ LOS CURSOS REALIZADOS EN COMBINACIÓN CON LOS PROYECTOS INTEGRADOS DE SALUD PÚBLICA, 1960

Clase de personal y proyecto	Número de adiestrados	Duración del curso en meses	Horas	
			Teoría	Práctica
Total	740			
Médicos	19			
Guatemala—8	19	...	...	...
Enfermeras obstétricas	19			
Colombia—4	19	12	797	1,329
Matronas	22			
Paraguay—10 (1er curso)	14	3	170	326
(2° curso)	8	2½	105	319
Enfermeras	68			
Argentina—7	42	8	160	...
El Salvador—5	14	9	791	500
Guatemala-8	12	7	616	346
Auxiliares de enfermería	214			
Argentina—7	36	6	209	534
Brasil—39	14	7	...	...
Colombia—4 (1er curso)	32	3	...	264
(2° curso)	40	3	324	212
Guatemala—8	22	4	312	349
Honduras—4	25	6	329	656
Paraguay—10	38	8	475	825
República Dominicana—4	7	6	139	664
Inspectores sanitarios	185			
Argentina—7	10	10	1,096	350
Brasil—39	13	7	...	...
Colombia—4[a] (1er curso)	35	5	480	120
(2° curso)	33	5	480	120
El Salvador—5	15	10	963	275
Guatemala—8	16	7	...	...
Honduras—4	13	6	330	662
México—22	26	2	...	...
Panamá—1	9	6	...	...
Uruguay—5	15	10	686	540
Auxiliares de laboratorio	31			
Guatemala—8	8	12	...	...
Paraguay—10 (1er curso)	12	2½	132	202
(2° curso)	11	2½	78	246
Otros	182			
Argentina—7[b]	20	6	66	70
Argentina—7[c]	20	2	52	26
México—22[d]	10	2	...	...
Panamá—1[e]	80	2	...	...
Paraguay—10[f]	20	2½	30	30
Uruguay—5[g]	32	9	456	683

... No se dispone de datos.

[a] Cálculo aproximado de horas. Proporción entre las de teoría y las de práctica: 4:1.

[b] Auxiliares de odontología.

[c] Personal administrativo.

[d] Poceros.

[e] Maestros en adiestramiento.

[f] Odontólogos.

[g] Visitadores de salud pública.

Centro de Salud de Rincón de Tamayo, Guanajuato, México. Las afiliadas del Club de Madres reciben semanalmente instrucción sobre la salud infantil.

conceptos teóricos y familiarizarse con su aplicación práctica.

El Cuadro 2, indica la naturaleza y duración de los programas de adiestramiento realizados en combinación con los servicios integrados de salud pública durante 1960, y el número y clase de personal adiestrado. Algunas de estas actividades se prestan a comentarios que pueden ser de interés.

En Colombia, por ejemplo, la decisión de extender el proyecto piloto a todos los Departamentos del país, creó inmediatamente la necesidad de personal adiestrado complementario, que, a su vez, requirió un aumento de las actividades de adiestramiento. Como resultado, se iniciaron cursos para auxiliares de enfermería en los Departamentos de El Valle y Caldas; se hizo un estudio de los programas de adiestramiento para enfermeras en la Escuela de Salud Pública de Bogotá, y se intensificaron los esfuerzos para reunir personal competente en enfermería de salud pública. Se está proyectando una acción conjunta entre la Escuela de Salud Pública y el proyecto piloto al objeto de fomentar programas de adiestramiento durante el servicio para personal de enfermería.

En México, los programas de servicios integrados de salud pública han puesto de relieve la necesidad de conceder mayor importancia al adiestramiento de personal de enfermería de salud pública y de hospitales, al adiestramiento complementario en salud pública para enfermeras graduadas, y a un programa ampliado de adiestramiento en enfermería básica y en saneamiento para el personal auxiliar de enfermería. Particularidad interesante en el adiestramiento de personal no profesional, es que en el plan destinado a identificar y registrar las matronas empíricas se prevé que se les facilite instrucción básica en salud pública.

En Cuba, durante el primer año del programa de servicios de salud pública, se concedió máxima prioridad al adiestramiento y se otorgaron becas a varios candidatos para estudios intensivos a corto plazo en el extranjero relativos a educación sanitaria, administración de salud pública y enfermería. Se estableció una Escuela de Enfermería para facilitar personal adiestrado a las diversas unidades de salud propuestas en el programa, y el Instituto Carlos Finlay organizó y ofreció cursillos que proporcionaron más de 400 nuevos trabajadores de salud de todas las categorías, desde auxiliares sanitarios a jefes de centros de salud locales.

El centro de adiestramiento que funciona en Amatitlán, Guatemala, como parte del Area de Demostración original, ha sido trasladado a la Ciudad de Guatemala y lleva oficialmente el título de Escuela de Adiestramiento en Salud Pública. Es interesante observar que el Gobierno ha nombrado Director *ad honorem* de esta Escuela al Director de Educación Sanitaria del Servicio Nacional de Sanidad Pública. La Ciudad de Guatemala y la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos establecieron conjuntamente un centro de salud suburbano, con arreglo a un plan en virtud del cual el personal del centro formaba también parte del profesorado de la Facultad. En la selección de personal se concede ahora preferencia a personas con experiencia en salud pública. Con arreglo a este criterio, en 1960 se adiestraron 19 médicos, 12 enfermeras, 16 sanitarios, 22 auxiliares de enfermería y 8 técnicos de laboratorio.

En Panamá existían las siguientes proporciones de personal adiestrado en salud pública cuando, en 1953, se inició el programa de servicios integrados de salud pública:

Médicos de salud pública	—1 por 136,000 habitantes
Ingenieros sanitarios	—1 por 91,000 habitantes
Enfermeras de salud pública	—1 por 164,000 habitantes
Auxiliares de enfermería adiestradas	—0

En 1960, las mencionadas proporciones habían cambiado según indican las cifras siguientes:

Médicos de salud pública	—1 por 91,000 habitantes
Ingenieros sanitarios	—1 por 67,000 habitantes
Enfermeras de salud pública	—1 por 91,000 habitantes
Auxiliares de enfermería adiestradas	—1 por 16,000 habitantes

Durante el período 1953–1960 se concedieron 107 becas para adiestramiento en el extranjero, entre ellas 52 otorgadas por la OPS/OMS a personal de carrera y técnico.

En El Salvador, el centro de adiestramiento del Area de Demostración Sanitaria y su personal técnico fueron trasladados a San Salvador. El programa continuará utilizando personal del Servicio Nacional de Sanidad y organismos afines.

En Mato Grosso, Brasil, el programa de servicios integrados de salud pública se inició mediante un curso de adiestramiento de auxiliares de salud pública y sanitarios. En el Hospital de Dourados, comenzó en julio un curso semestral para matronas empíricas, y, en noviembre, el personal nacional e internacional de enfermería empezó una serie de cursos prácticos de supervisión de enfermería. Las alumnas que terminen los cursos de Dourados serán destinadas a centros de salud.

El programa realizado en la Provincia de El Chaco, Argentina, también concedió especial importancia al adiestramiento, en 1960. Se concedieron becas para cursos académicos de salud pública a dos médicos, cuatro enfermeras, un odontólogo, un inspector sanitario, un especialista en educación sanitaria y un bioquímico. Se inició en el país un curso de adiestramiento para técnicos de laboratorio y se organizaron y ofrecieron tres cursos para 10 inspectores sanitarios, 36 auxiliares de enfermería y 20 auxiliares de odontología.

El Paraguay dio también preferencia a los programas de adiestramiento, a los que asistieron 103 trabajadores de salud pública (auxiliares de enfermería, inspectores sanitarios, obstétricas profesionales y técnicos de laboratorio). Como parte del programa de educación en nutrición, 115 maestros e inspectores de escuela recibieron adiestramiento mediante cursillos intensivos. Se ofreció un curso en odontología de salud pública a 20 dentistas asignados al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y a varios alumnos de la Escuela de Odontología de Paraguay. Se llevó a cabo, asimismo, un análisis de las necesidades del adiestramiento en salud pública, al objeto de establecer un sistema que asegure el mejor aprovechamiento de las oportunidades de adiestramiento existentes en el extranjero.

En Honduras, el Primer Seminario Nacional de Salud Pública, patrocinado por el Presidente de la República, la Secretaría de Estado en los Despachos de Salud Pública y Asistencia Social, y la Fundación Nacional de los Niños, constituyó una forma excepcional de plantear el adiestramiento durante el servicio. Durante una semana, 114 trabajadores de salud pública de todas las categorías, procedentes de todos los Departamentos del país, se reunieron para estudiar el plan nacional de sanidad propuesto. El Seminario les ofreció ocasión de analizar el plan y llegar a un acuerdo en lo relativo a la interpretación y modo de aplicación de sus disposiciones. Se consiguió definir con claridad la misión de los diversos organismos y de las distintas clases de trabajadores de salud. Entre las recomendaciones emanadas del Seminario figuraron propuestas para expandir e intensificar los programas de adiestramiento dentro del país y en el extranjero, crear un departamento de enfermería en el servicio nacional de salud pública y dar mayor importancia al saneamiento del medio.

En Uruguay, se ofreció adiestramiento a los auxiliares de enfermería e inspectores sanitarios encargados del programa a realizar en los nuevos centros de salud que se han inaugurado. Se inició un programa de adiestramiento encaminado al mejoramiento de los abastecimientos de agua potable, con un curso sobre operación de sistemas de abastecimiento de agua, al que asistieron 10 funcionarios del Ministerio de Obras Públicas.

Requisitos profesionales y servicios de carrera de salud pública

La experiencia adquirida en los programas de servicios integrados de salud demuestra claramente la necesidad de más personal de salud pública, las ventajas de emplear personal a tiempo completo y los beneficios derivados de programas consistentes y bien planeados de cursos regulares y complementarios de adiestramiento. Los informes al respecto indican una creciente apreciación de estos hechos, pues los Gobiernos tienden a exigir a su personal de salud pública una formación profesional más elevada y a establecer servicios de carrera.

Ya se ha hecho mención de la legislación colombiana disponiendo que el personal técnico del Servicio Nacional de Salud Pública preste servicios a tiempo completo. El Gobierno ha decidido asimismo que el personal principal que carezca de adiestramiento en salud pública, lo adquiera, bien dentro del país, cuando se inicien los cursos necesarios, o en el extranjero. A fines de 1960 ocupaban puestos de supervisión, a nivel nacional, cinco médicos de salud pública a tiempo completo, que habían recibido adiestramiento; en cambio, a principios de dicho año sólo había un médico a tiempo parcial.

En Guatemala se dio un paso importante hacia el establecimiento del servicio de carrera de salud pública con la promulgación de un decreto oficial especificando que se darían facilidades especiales a los candidatos a puestos del servicio para su adiestramiento en el país o en el extranjero. Todo el personal administrativo y supervisor asignado actualmente al Servicio Nacional de Salud Pública, ha recibido dicho adiestramiento.

En el Servicio Provincial de Salud Pública de El Chaco, Argentina, se estableció un sistema de clasificación del personal y se puso en vigor un plan de aumentos de sueldo por méritos, para el personal que trabaja a tiempo completo. Todos los centros de salud en que se ha aplicado el sistema, tienen actualmente ginecólogos, pediatras, odontólogos, sanitarios, enfermeras obstétricas y auxiliares de enfermería, a tiempo completo. La mayor parte de los centros disponen asimismo de supervisoras de enfermería a tiempo completo.

En el Paraguay, el Departamento de Epidemiología ha sido completamente dotado, a nivel nacional, de personal adiestrado en salud pública.

Construcción o renovación de instalaciones de salud pública

En las Américas, se observa un constante aumento en el número de establecimientos de salud, y al planear la construcción o renovación de instalaciones se tienen ahora más en cuenta las posibilidades de disponer de personal adiestrado para prestar los servicios necesarios. Por ejemplo, en Colombia se crearon nueve centros de salud en siete Departamentos del país y, cuando se inauguraron, cada centro estaba a cargo de un médico especializado en salud pública; cuatro de los centros contaban con enfermeras preparadas en la misma especialidad y seis tenían auxiliares de enfermería debidamente adiestradas. En marzo de 1961, todos los centros dispondrán de una enfermera de salud pública.

En el Estado de Guanajuato, México, el nuevo centro de salud de la capital del Estado, recién terminado, servirá también de sede del personal del Distrito Sanitario. Igualmente en Argentina, seis centros de salud dirigidos por personal a tiempo completo fueron inaugurados en el Distrito Sanitario No. 1 de la Provincia de El Chaco, y sus actividades se coordinaron con las de un hospital general, facilitando de este modo servicios de salud pública a una población de 80,000 personas. Doce puestos de salud han sido establecidos en las zonas rurales de El Chaco.

En Uruguay, se han establecido seis centros de salud que en la actualidad facilitan servicios a colectividades de los Departamentos de Artigas, Durazno, Tacuarembó, Rivera y Salta, cuya población conjunta se estima en 135,000 habitantes. Otros dos centros de salud se abrirán tan pronto como hayan terminado su adiestramiento las enfermeras visitadoras y sanitarios que han de encargarse de los mismos.

El Cuadro 3 ofrece un resumen de las unidades sanitarias construidas o renovadas durante el año, como parte de los proyectos de servicios integrados de salud pública.

Participación de la colectividad

El éxito de un programa de servicios integrados de salud pública depende en gran parte de que la colectividad comprenda y acepte las medidas que han de adoptarse para mejorar, mantener o restablecer la salud pública. Se pone el mayor empeño en que los representantes de la colectividad participen en los estudios preliminares, a fin de que también ellos sepan cuáles son los problemas de salud pública importantes y ayuden a resolverlos. La acción conjunta, llevada a cabo desde el principio, crea asimismo una atmósfera favorable a la plena participación de la colectividad en las actividades del programa.

Es alentador el interés creciente de las colectividades de las Américas por conseguir y mantener servicios de salud pública satisfactorios, y lo es también el hecho de que con

CUADRO 3. HOSPITALES Y OTRAS UNIDADES DE SALUD CONSTRUIDOS, RENOVADOS E INAUGURADOS EN 1960, COMO PARTE DE PROYECTOS DE SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD PÚBLICA

Proyectos	Zona de actividades	Población estimada (en millares)	Unidades construidas, renovadas o inauguradas en 1960				
			Hospitales	Centros de salud	Subcentros de salud	Puestos de salud	Centros de higiene materno-infantil
Argentina—7	Provincia de El Chaco	706	4	6	—	12	—
Colombia—4	Once departamentos	8,595	—	9	—	—	—
Guatemala—8	Todo el país	3,759	—	10	—	9	—
Honduras—4	Tres distritos sanitarios	993	—	1	5	5	4
México—22	Area de demostración	335	2	2	3	—	—
Paraguay—10	Todo el país	1,760	—	6	—	...	—

— Ninguno. ... No se dispone de datos.

frecuencia hayan dado muestras de que estaban dispuestas a cooperar en la iniciación y mantenimiento de dichos servicios mediante la aportación de fondos o mano de obra. Cada país podría citar muchos ejemplos de participación de la colectividad, pero bastará hacer referencia a unos pocos.

En el programa de servicios de salud pública del Estado de Guanajuato, México, se construyó un centro auxiliar de salud rural, en la ciudad de Rincón de Tamayo, gracias a los esfuerzos combinados de la colectividad, el municipio y el Estado. En el programa de El Chaco, Argentina, se consiguió que las autoridades legislativas provinciales, la asociación médica local y otras varias agrupaciones organizadas de la colectividad prestaran importante apoyo a la realización del programa. En Resistencia se llegó a un acuerdo para ampliar el sistema de abastecimiento de agua mediante la participación de la colectividad. Igualmente, en Paraguay, la mayor participación de las colectividades, tanto cuantitativa como cualitativamente, ha compensado en gran parte la escasez de fondos que amenazaba reducir sus respectivos programas.

Evaluación

La evaluación frecuente y sistemática de todos los aspectos de un programa de servicios de salud pública, en todos sus niveles, es necesaria si se desea mantener su dinamismo y prestar la consideración debida a los posibles cambios en las necesidades y recursos de la zona. Característica notable del año 1960 fue el creciente aprecio de la necesidad y utilidad de la evaluación sistemática, y los esfuerzos cada vez mayores realizados en este sentido. Posiblemente, la empresa más ambiciosa fue la del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, el cual, con la colaboración de la Organización, llevó a cabo una evaluación de su labor durante los últimos 10 años. Además, se celebraron varias reuniones de personal nacional, regional y local para analizar las actividades y la posibilidad de tratar en grupo los problemas relativos a los servicios de los centros de salud. Por ejemplo, 11 directores de centros de salud y otros especialistas se reunieron recientemente con enfermeras obstétricas graduadas del programa de adiestramiento, para estudiar las funciones individuales y colectivas y formular objetivos y métodos para el próximo año.

En Venezuela, consultores a corto plazo realizaron trabajos para el Estado Yaracuy y los centros de salud de Mérida y Ciudad Bolívar. En cooperación con las autoridades nacionales y el personal de los centros, dichos consultores iniciaron estudios analíticos de todos los servicios. Los resultados se discutieron con funcionarios de salud pública y se formularon recomendaciones sobre la modificación de los métodos y sistemas existentes y la introducción de otros nuevos. Los mismos consultores volverán a visitar estos centros en 1961 para examinar de nuevo sus actividades a base de las recomendaciones por ellos formuladas, y evaluar, con el personal nacional y local, los resultados obtenidos.

Con respecto al programa de servicios de salud pública para el Nordeste del Brasil, a fines de 1960 se celebró una serie de reuniones de evaluación con asistencia de representantes de todos los organismos que participan en el proyecto. Fueron examinados objetivamente los propósitos del proyecto y los resultados obtenidos, a fin de determinar los cambios necesarios para asegurar el máximo progreso.

Se celebró un seminario de evaluación, en relación con el programa de El Chaco, Argentina, en el que participó personal nacional, provincial, local e internacional. Uno de los resultados inmediatos de esta reunión fue que las autoridades gubernamentales garantizaran un mayor apoyo económico al programa contra las enfermedades transmisibles.

En la República Dominicana se introdujo una variación interesante en el método de evaluación. En dicho país, una unidad de saneamiento colectiva, consistente en una fuente de agua potable, dos baños, cuatro pilas para lavar ropa, dos letrinas y un depósito de aguas sucias, fue instalada en una localidad, con carácter experimental, y la reacción del público ante el sistema servirá para determinar si éste puede generalizarse o debe modificarse.

En una zona rural de la Provincia de Trujillo, República Dominicana, se construyen duchas, letrinas y lavaderos con fondos de la colectividad.

Saneamiento del medio

Pocos son los aspectos de la labor de salud pública en que la relación directa entre el desarrollo económico y las ventajas sociales puedan demostrarse más claramente que en los proyectos de saneamiento. La importancia de un vasto sistema de abastecimiento de agua pura y su significación social y de salud pública para la vivienda, la industria, la protección contra incendios, el turismo, la planificación y el trabajo, constituye un destacado ejemplo en este sentido. En consecuencia, en 1959, la XI Reunión del Consejo Directivo (Resolución XVI) concedió a los proyectos de saneamiento una alta prioridad, que se reflejó en la serie de programas nacionales emprendidos en 1960 con la colaboración de la Organización.

Las consecuencias de un vasto sistema de abastecimiento de agua pura para la salud de las poblaciones de la América Latina se comprenderán más fácilmente si se tiene en cuenta que, en la actualidad, hay más de 30 millones de personas residentes en colectividades de más de 2,000 habitantes que no tienen en su domicilio instalaciones de agua para beber, cocinar y para el aseo. Es evidente que la alta incidencia de disentería y la elevada tasa de mortalidad infantil debida a enfermedades diarreicas continuarán mientras se utilice agua en malas condiciones y mientras no se pueda disponer de este elemento en cantidades suficientes para atender las necesidades de la higiene personal y del aseo doméstico.

La Organización, al desarrollar su programa de saneamiento del medio, en 1960, tuvo en cuenta no sólo el problema del abastecimiento de agua sino también otras cuestiones apremiantes tales como la eliminación de aguas servidas y de excreta, la disposición de basuras y desechos, la contaminación de las corrientes de agua, la higiene de la leche y de los alimentos, la contaminación del aire, la higiene industrial y el fortalecimiento de los servicios de saneamiento del medio en los ministerios de salud.

Los Gobiernos de América Central y del Sur se enfrentan con la enorme tarea de proporcionar a la población los servicios esenciales de abastecimiento de agua, eliminación de aguas servidas y saneamiento de la colectividad y, en consecuencia, durante 1960, solicitaron la colaboración de la Organización para establecer programas que ofrecieran las soluciones más eficaces dentro de los recursos nacionales existentes. Según este plan, la población que se va a beneficiar de los programas debe asumir una gran parte de las responsabilidades y obligaciones que éstos imponen. La Organización participaría mediante la prestación de servicios de consultores, organización de cursos de adiestramiento y adjudicación de becas. Son ya bastantes las colectividades y ciudades importantes de América Central y del Sur que están demostrando que este plan es posible y que no sólo es adecuado sino que puede llevarse a cabo en diversas circunstancias. Sin embargo, este plan trae aparejado otro requisito: la disponibilidad de préstamos a largo plazo y a bajo interés.

Cuando se trata de sectores de población con ingresos bajos, las tarifas que se establezcan para los servicios de agua, alcantarillado, eliminación de basuras y desechos y saneamiento general deben estar al alcance de las posibilidades de los usuarios. Si aun en los países más avanzados no es posible amortizar préstamos a corto plazo y con elevados intereses para la construcción de las instalaciones necesarias para estos servicios, es evidente que este modo de financiación debe descartarse totalmente cuando se trata de países menos afortunados. Por consiguiente, para garantizar el reembolso de las inversiones procedentes de fuentes locales y extranjeras es indispensable una planificación adecuada, una buena organización y una administración eficaz así como préstamos a largo plazo a un tipo de interés bajo. En 1960, la Organización dedicó considerable tiempo al estudio de los métodos para el financiamiento de los sistemas de abastecimiento de agua y señaló a todos los interesados en el desarrollo económico la importancia que revisten los abastecimientos de agua en los planes nacionales de desenvolvimiento económico.

Abastecimiento de agua

El programa ampliado de abastecimiento de agua se inició en 1960 cuando se recibieron las aportaciones de los Gobiernos de los Estados Unidos de América y de Venezuela al Fondo para Abastecimiento Público de Agua. Las actividades de la Organización se desarrollaron de acuerdo con las recomendaciones formuladas al Director por el Comité Asesor en Saneamiento del Medio, que se reunió en 1959, y el programa abarcó toda la Región, prestándose servicios especiales a distintos países.

Se establecieron comités nacionales para abastecimiento de agua, que ya están en funcionamiento en Colombia, El Salvador, Haití, Honduras, Paraguay y Perú. En varios casos, estos comités se contituyeron con la colaboración directa del personal de la OPS/OMS. Los mencionados comités nacionales pueden disponer de los servicios de expertos de la OPS/OMS, y se está tratando de colaborar con otros Gobiernos para la creación de comités de este carácter, puesto que, teniendo en cuenta el fin útil que persiguen, se considera que convendría establecerlos siempre que fuera posible.

En 1960 se celebraron dos cursos sobre financiamiento y administración de sistemas de abastecimiento de agua, así

El acarreo de agua del río para uso doméstico es una escena familiar en muchas zonas que carecen de agua pura y de adecuados servicios de abastecimiento de agua.

como un seminario sobre tarifas de agua (véase pág. 14). Venezuela organizó su propio curso sobre administración y dirección de sistemas de abastecimiento de agua dedicado a los ingenieros principales de las correspondientes dependencias gubernamentales. En todos estos cursos, y asimismo en el seminario, se puso de relieve la conveniencia de que los países hagan un esfuerzo por su parte, y se señaló también especialmente que, en la planificación de actividades a largo plazo en materia de abastecimiento de agua, la debida organización, la buena administración y las tarifas de agua adecuadas y equitativas constituyen no sólo los fundamentos para la estabilidad financiera de la empresa de abastecimiento de agua, sino que son un requisito previo para la obtención de préstamos internacionales o locales.

Financiamiento y organización de las actividades

Se celebraron numerosas reuniones con funcionarios del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, la Asociación Internacional de Fomento, el Banco de Exportación e Importación y el Fondo de Préstamos para el Desarrollo de los EUA, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Especial de las Naciones Unidas, con el objeto de fomentar el apoyo a los proyectos de abastecimiento de agua en las Américas. En Colombia, Chile, El Salvador, Haití, Honduras, Panamá, Perú, Venezuela y ciertos países de la Federación de las Indias Occidentales, se están llevando a cabo estudios sobre la organización y administración de sistemas de abastecimiento de agua.

Diseño de planos y otras actividades técnicas

Se viene proporcionando colaboración en materia de diseño de obras de abastecimiento de agua, revisión técnica de diseños y otros servicios de asesoramiento técnico a Colombia, Cuba, Haití y Perú. En lo que se refiere al diseño, el objetivo principal consiste en la máxima utilización de los materiales locales, sencillez de la construcción y del equipo de control, flexibilidad de la obra y facilidad de ampliación y costo mínimo para que un sistema resulte adecuado. Conviene evitar el empleo de controles automáticos sumamente complejos, el uso excesivo de equipo importado y la necesidad de operadores muy especializados.

Planificación a largo plazo

En Chile, México y Venezuela se han elaborado, o están en preparación, planes a largo plazo que indican el ritmo actual de la construcción de obras de abastecimiento de agua, las necesidades previstas para los próximos 10 ó 20 años y el procedimiento que los Gobiernos proyectan utilizar para hacer frente a esta necesidad. Cualquier tentativa seria por parte de los Gobiernos encaminada a atender las necesidades de abastecimiento de agua, requiere la elaboración de un plan a largo plazo, pues éste es el único método para estudiar los distintos factores de organización, gastos, personal, prioridades y medidas necesarias para llegar a una solución. La Organización concede la más alta prioridad a la colaboración en la preparación de estos planes.

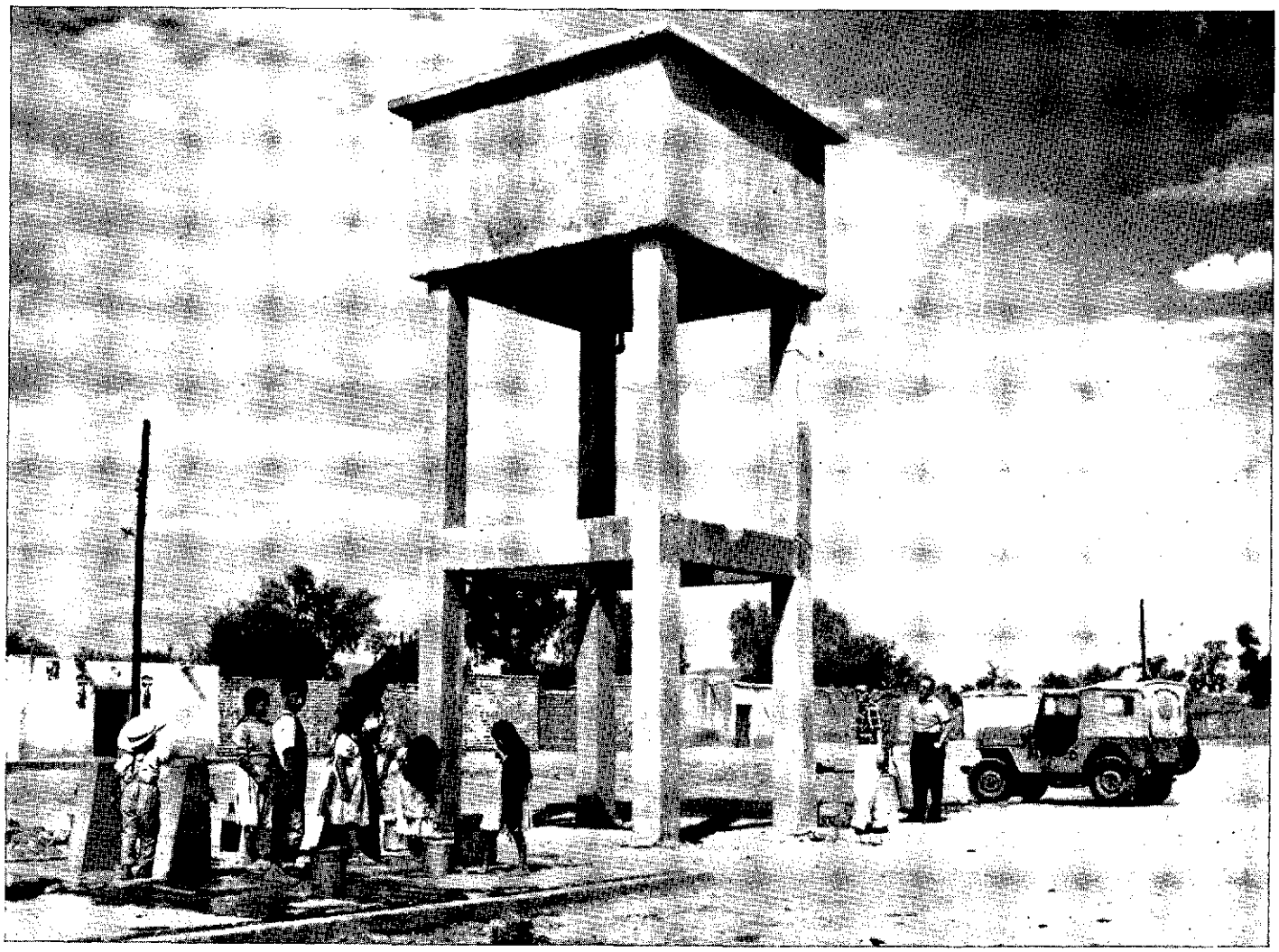
Programas regionales de abastecimiento de agua

Durante el año 1960 se llevaron a cabo las siguientes actividades regionales en el programa de abastecimiento de agua:

Primer curso de adiestramiento en administración, explotación y financiamiento de sistemas de abastecimiento de agua, ofrecido en el "Robert A. Taft Sanitary Engineering Center", Cincinnati, Ohio (28 de marzo–13 de abril), y al que asistieron 35 ingenieros.

Segundo curso de adiestramiento en administración, explotación y financiamiento de sistemas de abastecimiento de agua, celebrado en la Escuela de Ingeniería de la Uni-

Una de las sesiones plenarias del seminario sobre tarifas de agua celebrado en Montevideo, Uruguay, del 25 de septiembre al 1 de octubre de 1960.



Tanque de agua construido por los vecinos del pueblo bajo la dirección de un ingeniero. Se tiene el proyecto de construir en el Estado de Guanajuato, México, unos 400 depósitos similares en un período de cuatro años. Los gastos de funcionamiento y de mantenimiento se sufragarán mediante contribuciones mensuales de los usuarios. La OSP/OMS asignó un ingeniero a este proyecto.

versidad de México, México, D.F. (14 de noviembre–2 de diciembre), al que asistieron 60 ingenieros procedentes de Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México y Venezuela.

Seminario sobre tarifas de agua, que tuvo lugar en Montevideo, Uruguay (26 de septiembre–1 de octubre), y en el que participaron 60 ingenieros de casi todos los países del Hemisferio.

Participación en el VII Congreso de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria (AIDIS), celebrado en Montevideo, Uruguay (2–8 de octubre). El Congreso se dedicó al problema del abastecimiento de agua en las Américas y tomaron parte en él 450 ingenieros procedentes de casi todos los países del Hemisferio.

Además, se distribuyeron a los Gobiernos Miembros numerosas publicaciones y guías relativas a la organización, financiamiento, procedimientos sugeridos sobre cuestiones técnicas y administrativas y métodos utilizados en otros países del Hemisferio.

Programas nacionales de abastecimiento de agua

Se prestaron servicios consultivos a Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Honduras, Panamá y Perú, sobre la organización del abastecimiento de agua.

El Banco Interamericano de Desarrollo, recién formado, concedió su primer préstamo a la ciudad de Arequipa, Perú. La finalidad de este préstamo, que asciende a $3,900,000, consiste en proporcionar un sistema completo de abastecimiento de agua y de alcantarillado a dicha ciudad, que es la segunda del país en importancia. La Organización colaboró en el proyecto mediante la aportación de los servicios consultivos de un ingeniero de proyectos y de tres consultores a corto plazo, quienes asesoraron en aspectos de organización, financieros y técnicos.

En todos los países de la Región se están elaborando otros planes para la construcción o ampliación de los sistemas de agua existentes; estos planes se encuentran en diversas fases de desarrollo. No obstante, se ha demostrado repetidas veces que desde que se decide la construcción de un sistema de abastecimiento de agua hasta que se solicitan los fondos, transcurren por lo menos dos años, y que para que la obra quede terminada se requiere otro período de uno a tres años más. Por consiguiente, es cierta la afirmación de que, tratándose de programas de abastecimiento de agua, los "planes quinquenales" son planes para el presente.

Higiene de los alimentos

Aparte de la necesidad de evitar el deterioro de los alimentos y del interés de mantenerlos con un aspecto de limpieza, la función más importante de la salud pública en materia de control de los alimentos consiste en prevenir que los manipuladores de los alimentos transmitan enfermedades a los consumidores.

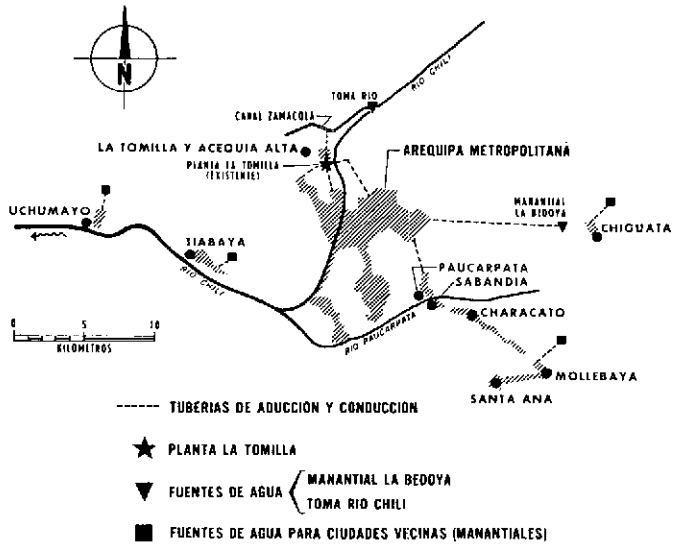


Fig. 2. Arequipa metropolitana y ciudades vecinas. Fuentes de agua.

En Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela, la Organización proporcionó materiales y asesoramiento técnico relativos a la investigación de los problemas de envenenamiento e intoxicación por alimentos, en especial las salmonelosis. En Colombia se realizó un estudio preparatorio para el establecimiento de la enseñanza de la higiene de los alimentos en la Escuela de Salud Pública de Bogotá. México, Guatemala y Perú vienen llevando a cabo programas para el control y erradicación de la tuberculosis bovina, especialmente en el ganado lechero; y la Argentina inició también un proyecto piloto para el control de la brucelosis en el ganado bovino.

Se proporcionó asistencia al Ministerio de Salud de Haití en la preparación de una nueva legislación para el control de la carne y sus derivados. Una orientación técnica análoga fue ofrecida a los países de Centro América y Panamá en el curso del año. Con la nueva legislación implantada en el Perú, las funciones de supervisión de la carne y productos derivados de la misma pasaron a los organismos locales de salud pública. México ha incrementado considerablemente sus actividades en la supervisión, por parte de los servicios de salud pública, de los suministros alimenticios, especialmente la carne y la leche, y la preocupación que origina la escasez de veterinarios para desempeñar estas funciones, es tal que la Secretaría de Salubridad y Asistencia ha facilitado ayuda financiera a una escuela de medicina veterinaria. Con el asesoramiento de la Organización, se ha emprendido un programa de control de la leche en Bogotá, Colombia, que depende del Departamento de Veterinaria de Salud Pública del servicio municipal de salud.

Saneamiento de establecimientos turísticos

A solicitud de la Organización de los Estados Americanos, la OPS completó la preparación de un *Manual de normas de saneamiento recomendadas para establecimientos turísticos*. Este manual fue publicado en inglés y en español por el Servicio Interamericano de Turismo de la Unión Panamericana, y ha sido distribuido a todos los ministerios de salud de la América Latina y a las principales agencias de turismo. Se ha preparado a fin de ayudar a los funcionarios públicos y a las personas encargadas de establecimientos turísticos a mejorar el saneamiento de estos servicios.

La eliminación de aguas negras y la contaminación de las corrientes de agua

Se invitó a los Gobiernos Miembros a que estudiaran los planes para la eliminación de aguas negras juntamente con los planes para el abastecimiento de agua, si bien se reconoce que, por razones de su costo, estas instalaciones no pueden, en todos los casos, montarse simultáneamente. Perú y Antigua, Federación de las Indias Occidentales, solicitaron y obtuvieron asistencia para el estudio de planes, así como servicios consultivos generales sobre problemas locales de alcantarillado.

Patrocinado por la Organización y el Gobierno del Brasil, se celebró, parte en Río de Janeiro (11–18 de julio) y parte en São Paulo (19–23 de julio), un seminario sobre la contaminación de las fuentes de abastecimiento de agua. Asimismo se prestaron servicios consultivos al Gobierno de Venezuela sobre problemas de la contaminación del agua.

Saneamiento rural

Se concedió una importancia cada vez mayor a la necesidad de adoptar, tanto en los programas rurales como en los urbanos, medidas para mejorar los servicios de eliminación de excreta, la vivienda y la limpieza de las aldeas, una vez que se haya instalado un sistema de abastecimiento de agua pura. Como un medio para acelerar la construcción de nuevos pozos, se dedicó especial atención al adiestramiento de ingenieros y al personal de perforación de pozos en métodos de perforación, explotación del agua subterránea y diversas técnicas de detección de agua. Se enviaron 11 personas a los cursos de la Universidad de Minnesota, Estados Unidos de América, y en México se celebró un curso para perforadores, patrocinado por el propio país.

Los ingenieros y sanitarios asignados a proyectos integrados de salud pública, a los que se hace referencia al principio de esta sección, colaboraron con los Gobiernos de Argentina, Colombia, Cuba, Chile, El Salvador, Federación de las Indias Occidentales, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay. Esta colaboración consistió en servicios de asesoramiento sobre la provisión de agua pura, los medios para la eliminación de excreta, el mejoramiento de la vivienda, el adiestramiento de personal y la organización de los servicios de saneamiento. Se examinaron también los problemas de los distintos municipios comprendidos en las áreas de los proyectos.

Eliminación de basuras y desechos

Dos consultores visitaron al Brasil, Cuba, El Salvador, Honduras, México y Venezuela para tratar de los problemas del servicio municipal de eliminación de basuras y desechos y para colaborar en la solución de problemas locales específicos. La información recogida durante estas visitas sirvió de base para la preparación de un informe al Consejo Directivo, y se utilizó en sus Discusiones Técnicas sobre este tema.

Higiene industrial

Se facilitaron los servicios de un consultor al Gobierno de Venezuela para examinar el programa nacional de higiene industrial, y se celebraron varias conversaciones con los funcionarios de Chile correspondientes en relación con el fomento de la higiene industrial en ese país.

Discusiones Técnicas

Las Discusiones Técnicas celebradas durante la XII Reunión del Consejo Directivo, se dedicaron al tema de "Aspectos técnicos, administrativos, legales y financieros de la disposición de basuras y desechos". Las deliberaciones pusieron de relieve la magnitud del problema de la eliminación de basuras y desechos en todos los países del Hemisferio y contribuyeron a una mejor comprensión de las repercusiones económicas de este aspecto de la salud pública con frecuencia desatendido. Varios oradores insistieron en la necesidad de dedicar más atención a este problema en todos los países y de despertar el interés de los ingenieros sanitarios por él a fin de asegurar una labor más eficaz en el futuro. El Consejo Directivo reconoció la importancia para la salud pública de servicios eficientes de recogida y eliminación de basuras y recomendó a los ministerios de salud pública que fomentaran y fortalecieran los programas nacionales y locales. El informe completo de las discusiones, junto con las recomendaciones del Consejo Directivo, se distribuyó a los Gobiernos Miembros.[1]

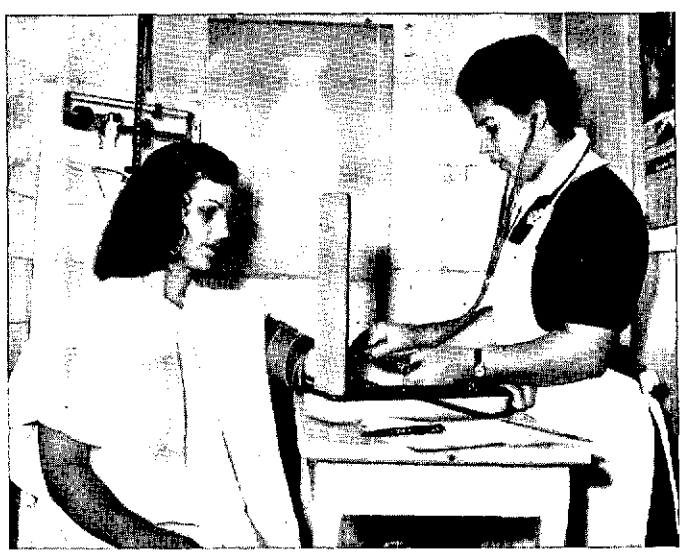
[1] Este informe se publicó en el *Boletín* de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. L, No. 1 (enero de 1961).

Higiene maternoinfantil

Los servicios que durante muchos años y en numerosas áreas se habían dedicado exclusivamente a la madre y el niño, comienzan gradualmente a atender a la familia como unidad, convirtiéndose así en parte esencial de las actividades de salud consideradas como un todo. En consecuencia, la unidad o sección de higiene maternoinfantil a nivel nacional, que constituye una innovación en cierto número de países, ha pasado a ocupar el puesto que le corresponde entre los demás servicios encargados de establecer normas, orientaciones y procedimientos encaminados a facilitar servicios de salud concentrados en la familia.

En los países en que la Organización colabora en proyectos de servicios integrados de salud pública, sus actividades han tendido a mejorar tales servicios a fin de que cuenten con medios para prestar atención prenatal, de maternidad y posnatal al creciente número de mujeres que la necesitan.

A nivel local, el adiestramiento de personal auxiliar se ha concentrado en la familia como unidad, toda vez que el personal polivalente, especialmente en las zonas rurales, ha de atender a las mujeres durante su ciclo de maternidad, proteger a los lactantes y niños de corta edad contra las enfermedades transmisibles que se pueden evitar, y encargarse asimismo de la labor de educación sanitaria de las familias.



Esta futura madre recibe atención prenatal de una de las enfermeras del programa de Servicios Rurales de Salud, en Montevideo, Uruguay.

Atención durante la maternidad

Las autoridades de salud pública están concediendo creciente atención a las matronas empíricas que prestan asistencia en el 90% de los partos que ocurren en los hogares de las zonas rurales. En algunas partes, estas matronas están obligadas a notificar al centro de salud los nacimientos que hayan atendido y a asistir a clases de adiestramiento.

La matrona profesional está realizando en los servicios de salud pública algunas funciones más propias de las enfermeras, y por tanto, su preparación está recibiendo también atención especial (véase pág. 84).

El número cada vez mayor de partos atendidos en los hospitales, especialmente en las zonas urbanas y suburbanas, ha creado la necesidad de realizar un estudio detenido de los servicios prestados por dichas instituciones a las madres y niños.

Atención del niño

La atención prestada a los niños menores de un año es, en general, bastante satisfactoria en la mayor parte de los centros de higiene maternoinfantil; se ha observado, sin embargo, que la atención dada a los niños de más edad es, en cantidad y calidad, muy inferior a la que realmente necesitan. La Organización ha tratado de estimular que se preste mayor atención a los niños de edad preescolar, especialmente a los que se encuentran en el período crítico del destete que, por lo general, es relativamente tardío en América Latina. Los problemas nutricionales se agudizan en ese momento y es evidente que los servicios maternoinfantiles han de adoptar medidas adecuadas para la instrucción y supervisión de las madres interesadas y conceder particular atención a este período crítico del niño, que se extiende hasta que éste participa de una manera total de la dieta familiar.

El niño de edad escolar está recibiendo asimismo atención insuficiente, debido a que los centros de salud no disponen del personal necesario para atender a todos los grupos de población. No obstante, como la educación sanitaria puede incorporarse al programa de enseñanza básica, es evidente que se precisa una acción más enérgica en este campo.

Varios países ya han empezado a extender sus actividades de atención de la infancia a los niños lisiados. Inicialmente, esto se está realizando mediante el descubrimiento y registro de casos, pero con el propósito final de establecer un pro-

grama de acuerdo con las posibilidades económicas del respectivo país.

Con la colaboración de consultores a corto plazo asignados por la Organización, uno de los países ya ha emprendido una encuesta sobre las necesidades de la infancia y otro ha mostrado interés por iniciar una actividad similar. Estas encuestas constituyen el trabajo preliminar para la preparación de proyectos en los que la OPS/OMS y el UNICEF cooperarán con los Gobiernos Miembros a fin de establecer mejores servicios para los niños de todos los grupos de edad, si bien se continuará prestando particular atención a los lactantes y niños de edad preescolar.

Nutrición

El problema de la nutrición es, en definitiva, resultado inexorable del conjunto de los problemas económicos, sociales, culturales, agrícolas y sanitarios de un país. La política de la Organización consiste en colaborar con los Gobiernos Miembros en la búsqueda de fórmulas que permitan establecer un plan de acción bien orientado y coadyuvar a la coordinación de todos los esfuerzos nacionales encaminados al mejoramiento del estado de nutrición de sus pueblos. La Organización procura asimismo fortalecer la cooperación con otros organismos internacionales que se ocupan de los problemas de la nutrición, tales como la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el fin de lograr la solución más eficaz de dichos problemas.

Los Gobiernos de las Américas tienen conciencia de la gravedad del problema de la malnutrición, que está vinculado a tantos otros problemas sociales, y nunca ha sido tan evidente su deseo de afrontarlo enérgicamente. En consecuencia, durante 1960 se intensificaron notablemente las actividades de la Organización en este campo. Un cambio importante fue la creación del puesto de Asesor Regional en Nutrición, asignado a la Sede, con carácter independiente del de Director del INCAP, funciones que antes asumía éste. Además, se crearon dos nuevos puestos de asesores en nutrición para intensificar la labor a nivel de las Oficinas de Zona.

Programas coordinados de nutrición

Los Gobiernos han venido mostrando un marcado interés por el establecimiento de programas coordinados de nutrición aplicada que comprendieran tanto los aspectos educativos como los de la producción de alimentos.

Por razones históricas, geográficas y sociales, las familias campesinas de grandes zonas de las Américas tienen un nivel de vida sumamente bajo. Junto a viviendas antihigiénicas y a un ambiente muchas veces sanitariamente hostil, su alimentación es francamente deficiente tanto en calidad como en cantidad. No basta una labor puramente educativa para resolver este problema en las zonas rurales; es preciso complementarla con una política de aumento de la producción de algunos alimentos básicos a nivel familiar.

Por consiguiente, siguiendo esta práctica varios Gobiernos están procurando elevar los niveles de alimentación inadecuados, trabajando en estrecha colaboración con la OPS/OMS, la FAO, el UNICEF y, en algunos casos, con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). La labor de planeamiento comenzó en 1957 y para fines de 1959 se habían emprendido programas en zonas rurales seleccionadas de Chile, Guatemala y Paraguay. En 1960 se iniciaron programas similares en el Brasil, Costa Rica y Ecuador, y se realizaron los estudios preliminares necesarios en Bolivia, Colombia, El Salvador, Haití, Nicaragua y Perú, países en los que se proyecta emprender programas de esta clase en 1961. Aun cuando se inician en pequeña escala, los Gobiernos están interesados en extenderlos a otras zonas. La Organización ha participado activamente en estos esfuerzos y actualmente se llevan a cabo negociaciones con varios Gobiernos que proyectan desarrollar programas de mayor envergadura.

Programa de producción de alimentos ricos en proteína

La deficiencia proteínica constituye uno de los problemas de nutrición más graves en las Américas, particularmente entre los niños de corta edad. En cumplimiento de la Resolución VII de la XII Reunión del Consejo Directivo, la Organización ofreció su colaboración, dentro de la esfera de sus funciones, a los Gobiernos interesados en estudiar las posibilidades de producir mezclas de proteína vegetal similares a la INCAPARINA, el producto desarrollado con tanto éxito por el INCAP. La utilización de productos de bajo costo y fácil acceso—como la semilla de algodón, el maní o la soja—servirá de complemento a otras actividades que los Gobiernos puedan emprender

Distribución de leche suministrada por el UNICEF a los escolares, para complementar la alimentación que reciben en sus hogares.

para resolver el problema de la deficiencia proteínica. La comercialización de un producto barato, rico en proteínas, beneficiará tanto a la población rural como a la urbana.

Anemias

El problema de las anemias, en particular las debidas a deficiencia de hierro, constituye un campo casi inexplorado de gran importancia para la salud pública. Aunque están ampliamente extendidas en las Américas, es poco lo que se sabe acerca de su prevalencia y naturaleza exacta, y se precisan amplias investigaciones para esclarecer los factores etiológicos a fin de establecer medidas preventivas adecuadas. En este sentido, la Organización colaboró con el Gobierno del Perú en un estudio iniciado en una zona rural con el fin de dilucidar el origen de las anemias prevalentes en ella. Si bien la anquilostomiasis, la malaria y otras enfermedades pueden tener participación importante en la etiología de las anemias, existen factores que parecen indicar que el parasitismo endémico no es la única causa determinante de las anemias por deficiencia de hierro. Ecuador, Guatemala y Venezuela han iniciado también estudios epidemiológicos en este campo.

Bocio endémico

El bocio endémico es otro problema nutricional importante en el Hemisferio Occidental. Aun cuando este trastorno constituye un problema de salud pública que, en teoría, se puede resolver fácilmente por medio de la yodación de la sal, en la práctica presenta dificultades, principalmente de orden legal y a veces político, que retrasan la adopción de medidas preventivas. Por tanto, en los programas destinados a eliminar o controlar el bocio endémico, los Gobiernos habrán de incluir la promulgación de disposiciones legales que hagan obligatoria la yodación de la sal.

En Guatemala, la yodación de la sal destinada al consumo humano es obligatoria desde 1954 (véase pág. 20). En otros países de Centro América y en Panamá, el INCAP continuó el estudio de los factores que han impedido la aplicación de las recomendaciones formuladas por el Consejo y por el Comité Técnico Consultivo del Instituto respecto a la yodación de la sal.

Un país de la Región, Paraguay, presentó con la ayuda técnica de la Organización, una solicitud al UNICEF para el suministro de un nuevo equipo de yodación de la sal. Han terminado las negociaciones necesarias y la maquinaria será entregada en 1961.

Instituto Nacional de Nutrición del Ecuador

El consultor asignado al Instituto Nacional de Nutrición del Ecuador (INNE), continuó prestando servicios en el mismo durante 1960. Las actividades del Instituto se orientaron hacia la enseñanza y adiestramiento de personal, investigaciones y programas de nutrición aplicada.

Además, el Instituto intensificó el programa nacional de enseñanza de la nutrición en la Escuela de Medicina de Quito, en la del Servicio Social y en las escuelas de enfermería. Se organizó un curso especial para maestros de escuelas rurales, en colaboración con los demás organismos internacionales que participan en el programa de la Misión

Andina para poblaciones indígenas. Se prestó colaboración al Departamento de Educación del INNE para el análisis de material pedagógico y la preparación de prototipos de medios audiovisuales. Cinco centros sanitarios de Quito y Guayaquil incorporaron la educación en nutrición a sus programas ordinarios de trabajo.

En cuanto a las actividades de investigación, el consultor colaboró con el Instituto en la inciación de estudios encaminados al desarrollo de nuevas mezclas vegetales de alto contenido de proteínas, y comenzaron a este propósito, los ensayos con una semilla autóctona llamada "chocho" (*Lupinus mutabilis*). En las zonas de bocio endémico, se llevaron a cabo pruebas terapéuticas consistentes en la administración de tabletas de yodato potásico (8.5 mg. por semana), a 300 niños de edad escolar, a fin de evaluar la reacción, manifestada por alteraciones en el rendimiento o eficiencia intelectual de dichos niños. También se llevó a cabo otro programa de investigaciones acerca del valor del suplemento de aminoácidos, así como un cuarto programa sobre lesiones linguales conocidas como "lengua geográfica". En el campo de la investigación, el INNE ha recibido apoyo substancial por parte de los Institutos Nacionales de Higiene (NIH) de los Estados Unidos de América y de fundaciones privadas, entre las cuales el Fondo "Williams-Waterman" ha mostrado particular interés en contribuir a resolver los problemas de nutrición del Ecuador.

Seminarios y conferencias

En colaboración con el Gobierno del Brasil, la FAO y el UNICEF, la Organización participó en la preparación y desarrollo de un Seminario sobre Educación en Nutrición celebrado en Quitandinha, Petrópolis, Brasil (15–24 de junio de 1960), al que asistieron representantes de 10 países sudamericanos. Se estudiaron los métodos, contenido y materiales de los programas educativos de nutrición en las escuelas, servicios de salud pública y servicios de extensión agrícola. Se han hecho los preparativos necesarios para celebrar un seminario similar, en 1961, destinado a personal de los países de Centro América, Panamá, México y el Area del Caribe.

El Director de la OSP y el Director General de la OMS, participaron en el 5° Congreso Internacional de Nutrición, celebrado en Washington, del 1 al 7 de septiembre. Otra reunión importante fue la Conferencia sobre Malnutrición y Hábitos de Alimentación, celebrada en Cuernavaca (9–14 de septiembre), a invitación del Gobierno de México. Fue patrocinada por la Fundación "Josiah Macy, Jr." y la Federación Mundial para la Salud Mental, y organizada con la colaboración de la OPS/OMS, la FAO y el UNICEF, participando en ella especialistas en nutrición, psicología, pediatría, antropología y economía.

Tendencias

El adiestramiento, como tal, se trata en otro capítulo de este informe, pero conviene aclarar que en los proyectos de nutrición se presta atención preferente a la preparación de personal nacional. Como la educación en nutrición es, por sí misma, una actividad de educación sanitaria, debiera ser incorporada a los programas de salud pública y formar parte inseparable de los mismos. La encuesta realizada conjuntamente por la OPS/OMS, la FAO y el UNICEF en 1960, relativa al estado actual de los programas educativos de nutrición en las Américas, constituyó un ejemplo típico de colaboración internacional y entre diversos organismos. Sobre la base del informe presentado y mediante los esfuerzos combinados de los Gobiernos y organismos internacionales, cabe prever que la asistencia a las actuales escuelas de adiestramiento en nutrición irá en aumento y que se ampliará el alcance de sus programas en años venideros.

La Organización ha seguido también de cerca la marcha de los programas de desarrollo económico y social en las Américas, toda vez que la nutrición adecuada constituye un factor esencial para el bienestar de los pueblos, objetivo final de dichos programas.

Aditivos alimentarios

En 1960, tanto los Gobiernos como la Organización siguieron prestando atención al problema de los aditivos alimentarios. Se celebraron conferencias y reuniones de comités de expertos de la FAO y la OMS, en las que se estudiaron las propiedades químicas, físicas, farmacológicas, toxicológicas, biológicas y de otra índole de estas sustancias.

Se recibieron numerosas solicitudes de información, de diversos países en relación a determinados aditivos alimentarios, listas de aditivos aceptables e inaceptables, y disposiciones legislativas para regular el uso de dichos productos.

La tendencia cada vez mayor que se observa en la industria de la carne, en varios países latinoamericanos a utilizar agentes antioxidantes y antimicrobianos como preservadores, el efecto de estas drogas y sustancias químicas en la salud de los consumidores y el control de tales técnicas de elaboración de productos de la carne, son problemas que han constituido una preocupación primordial de las autoridades de salud pública.

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) continuó desempeñando las funciones que le están encomendadas, a saber, estudio de los problemas nutricionales de la región centroamericana y Panamá; la

investigación de posibles medios para solucionarlos, y la prestación de servicios de asesoramiento y ayuda a los países miembros para la aplicación de las medidas recomendadas a este propósito.

Servicios de asesoramiento a los países miembros

En 1960 se intensificaron los servicios de asesoramiento a las secciones o departamentos de nutrición de los respectivos ministerios de salud pública, mediante frecuentes y periódicas visitas a los países miembros por parte del personal del INCAP, que colaboró en el planeamiento, ejecución y evaluación de los programas nacionales.

A este respecto, cabe mencionar los programas integrales de nutrición planeados en Costa Rica, El Salvador y Nicaragua. En estos programas, el INCAP coordina los esfuerzos de los Ministerios de Salud Pública, Agricultura y Educación con los de la OPS/OMS, la FAO y el UNICEF, a fin de mejorar el estado nutricional de la población por medio de la educación y la producción local de alimentos.

Continuaron prestándose servicios de asesoramiento técnico para los programas de enriquecimiento de alimentos. En este sentido, en Guatemala se trabajó en cooperación con el Departamento de Nutrición de la Dirección General de Sanidad Pública y con la Asociación General de Salineros, en el estudio de algunos problemas relacionados con la yodación de la sal, medida que es obligatoria en el país desde 1954, año en que se promulgó la correspondiente legislación. Esta labor concluyó con la formulación de una serie de recomendaciones encaminadas al mejoramiento del procedimiento de yodación y a asegurar el cumplimiento efectivo de las disposiciones dictadas. También se facilitaron servicios de asesoramiento al Departamento de Nutrición en la elaboración de los reglamentos y procedimientos necesarios para hacer cumplir la ley promulgada en 1960 sobre el enriquecimiento de la harina de trigo.

Los distintos programas de enriquecimiento de la harina de trigo recibieron atención especial, y se hicieron estudios sobre la forma más conveniente de enriquecer la harina de masa de maíz, cuya producción en escala comercial están estudiando varios países miembros. Sobre la base de los estudios antes mencionados, se han formulado recomendaciones específicas acerca de un método práctico para ese enriquecimiento, que a la vez contribuya a corregir las deficiencias de proteína, vitamina A y riboflavina de que adolece dicho producto.

Se siguieron prestando servicios de asesoramiento técnico a los países miembros en el desarrollo de programas locales de alimentación suplementaria a diversos grupos de población, y de educación en materia de nutrición en todos los niveles, desde madres y niños alumnos de escuelas primarias hasta estudiantes de extensión agrícola y licenciados universitarios.

Programas de formación de personal

Este año fue de importancia trascendental para el INCAP en lo que se refiere a esta nueva fase de actividades, ya que quedó oficialmente establecido su plan de adiestramiento académico y práctico, formulándose asimismo las reglamentaciones necesarias. En 1960, empezó a funcionar la Escuela de Nutricionistas y Dietistas del INCAP, asistiendo a su primer curso siete graduadas universitarias procedentes de cuatro de los seis países miembros. Otras tres dietistas graduadas procedentes de tres países de la región asistieron al tercer trimestre de dicho curso, a fin de adquirir los conocimientos necesarios de nutrición aplicada para incorporar los servicios de nutrición a los programas de salud pública, educación y agricultura. Los planes para el curso del segundo año de la Escuela comprenden un semestre de internado en el Servicio de Dietética del Hospital Roosevelt y un semestre de prácticas en una zona bajo la jurisdicción de un centro de salud, ambos en Guatemala.

Durante el año se llevó también a cabo el primer curso trimestral de nutrición para médicos de salud pública. Asistieron nueve médicos procedentes de Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, Ghana, Guatemala, India e Indonesia y todos los cuales habían terminado sus estudios de salud pública en las universidades de Columbia, Harvard, California y Western Reserve, de los Estados Unidos.

Los programas de adiestramiento durante el servicio, que constituyen otro aspecto importante del plan de formación de personal, recibieron atención especial durante el año. Más de 25 personas procedentes de Brasil, Ceilán, Colombia, Corea, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Filipinas, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Venezuela, recibieron adiestramiento en las siguientes disciplinas: química agrícola y de los alimentos, bioquímica clínica en nutrición, bacteriología, encuestas dietéticas y educación nutricional, nutrición clínica y de salud pública, fisiología y patología de la nutrición, organización de servicios de alimentación en hospitales, nutrición general y tratamiento de niños preescolares malnutridos, y aplicación de técnicas de laboratorio.

En la sede del Instituto se celebró, del 17 de octubre al 9 de diciembre, un seminario avanzado sobre encuestas dietéticas, bajo los auspicios de la FAO, el INCAP y el UNICEF. La dirección del seminario estuvo a cargo de una nutricionista de la FAO, con vasta experiencia en esta labor, y de la Jefe de la Sección de Encuestas Dietéticas del INCAP, y asistieron al mismo 11 dietistas expertas en la materia procedentes de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Panamá. Se estudiaron los diversos métodos utilizados en la actualidad y se formularon recomendaciones específicas acerca de los métodos más convenientes a seguir, de acuerdo con los objetivos de la encuesta y los medios disponibles.

En vista de la conveniencia de contar con un centro regional de adiestramiento de personal para encuestas dietéticas, se están haciendo los arreglos necesarios para establecer dicho centro en el propio Instituto, bajo el patrocinio conjunto del INCAP y la FAO.

Desarrollo y utilización de la INCAPARINA

La labor del INCAP encaminada al desarrollo de la INCAPARINA, mezcla vegetal de costo reducido y alto valor nutritivo destinada a prevenir la malnutrición proteínica en los grupos de población de escasos recursos económicos, despertó tal interés que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana consideró oportuno presentar un informe sobre dicho producto a la XII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrada en La Habana, Cuba, en agosto de 1960.[1] El Consejo adoptó la Resolución VII, por la que recomendó a los Gobiernos Miembros que, "a través de sus respectivos departamentos de salud y otros afines, estudien cuidadosamente el valor potencial y las posibilidades de producir la INCAPARINA o productos similares locales y los medios para estimular su consumo por las poblaciones".

Se han iniciado negociaciones para fomentar el consumo de la INCAPARINA, especialmente en Centro América. Con el fin de realizar en Guatemala una prueba del producto en escala comercial, se seleccionaron varios grupos de población, dispersos en zonas urbanas, semiurbanas y rurales, que contaban con centros de salud o unidades sanitarias que pudiesen recomendar el producto a las familias más necesitadas. Esta prueba, aunque limitada en alcance y duración, demostró en forma concluyente su excelente aceptabilidad, ya que toda la INCAPARINA producida se vendió rápidamente, a pesar de que no se hizo ninguna propaganda, salvo las recomendaciones hechas de palabra. Tan favorables resultados llevaron, casi a fines de año, a la conclusión de un acuerdo, en virtud del cual una prestigiosa firma comercial del país se encargará de la producción y distribución de la INCAPARINA en cantidad suficiente para cubrir las necesidades inmediatas del mercado en Guatemala.

También se realizaron pruebas de la aceptabilidad de la INCAPARINA en El Salvador y Nicaragua, con resultados igualmente satisfactorios. Están muy avanzadas las negociaciones con firmas comerciales para que se encarguen de la producción y distribución de la INCAPARINA en ambos países. En la actualidad, se están estudiando asimismo solicitudes de firmas comerciales de otros países de la zona interesadas en este asunto.

El desarrollo de la INCAPARINA ha tenido también amplia repercusión fuera de la región centroamericana, como lo demuestran los numerosos artículos aparecidos en diversas publicaciones, gran cantidad de cartas recibidas por el INCAP, procedentes de casi todas las regiones del mundo, solicitando información, así como las peticiones oficiales de hombres de negocios y firmas industriales interesados en producir la mezcla en sus respectivos países.

En vista de todo ello, el INCAP continúa trabajando con el propósito de lograr modificaciones de la fórmula actual

[1] *Documento Oficial de la OPS* 36, 312–318.

La Jefa de Educación en Nutrición, del INCAP, cambia impresiones con dos investigadoras acerca de la distribución de INCAPARINA a 17 familias que son objeto de estudio en Amatitlán, Guatemala. Cada paquete de este producto cuesta $0.03 (dólares EUA) y contiene la proteína que necesita para un día un niño en edad preescolar.

Para preparar la INCAPARINA sólo hay que agregarle agua y dejarla cocer durante 10 minutos. Los niños aceptan fácilmente este alimento.

que se adapten mejor a las necesidades y posibilidades de otras zonas en donde la disponibilidad y costo de los ingredientes de la INCAPARINA constituyen un obstáculo para su producción, o bien porque los hábitos dietéticos de sus habitantes difieren de los que predominan en las regiones para las cuales se proyectó originalmente esta mezcla vegetal.

Programas de investigación

Durante 1960, el INCAP continuó sus actividades de investigación relativas a la malnutrición proteínica y su prevención; la evaluación del estado nutricional; los requerimientos nutricionales; la interrelación entre las infecciones agudas y el estado nutricional, y la dieta y su efecto en las enfermedades crónicas.

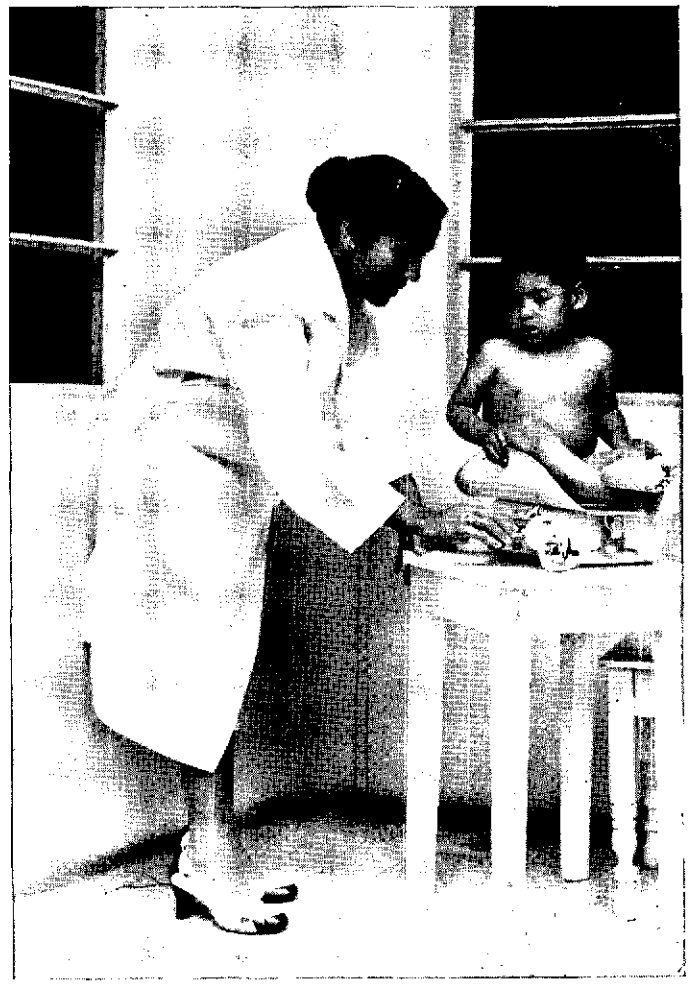
La investigación de las diversas formas de malnutrición infantil, labor a la que el INCAP viene dedicándose desde hace algún tiempo, ha rendido información valiosa que indica diferencias metabólicas en la actividad suprarrenal de niños afectados de malnutrición proteínica y marasmo. Se están realizando pruebas para comprobar una hipótesis que explicaría las diferencias clínicas observadas entre estos dos síndromes.

Las encuestas relacionadas con la evaluación del estado nutricional comprendieron trabajos especiales para determinar la posibilidad de usar diversas fracciones de nitrógeno urinario, aún en muestras obtenidas en períodos breves de recolección de orina, para establecer un método práctico aplicable a diferentes grupos de población. Los resultados preliminares señalan la posibilidad de obtener índices que sean de utilidad práctica.

Continuaron los trabajos sobre los requerimientos nutricionales, utilizándose estudios de equilibrio de nitrógeno en niños con el fin de determinar la validez del patrón provisional de aminoácidos que establece la Proteína de Referencia de la FAO. Los resultados obtenidos hasta ahora mediante el suplemento de los distintos cereales estudiados con los aminoácidos en que son deficientes, indican que los requerimientos del patrón provisional de proteínas de la FAO son demasiado altos en cuanto al triptófano y posiblemente también en lo que respecta a la metionina.

Las investigaciones relativas a la interrelación entre las infecciones y la nutrición comprendieron estudios epidemiológicos de campo—el primer año de un proyecto quinquenal—y estudios metabólicos en niños con procesos infecciosos diversos. Estos últimos estudios han puesto de manifiesto el efecto significativo causado por procesos infecciosos de diversa naturaleza, inclusive infecciones víricas tan benignas como las formas leves de varicela o la vacunación antiamarílica con virus 17D.

En cuanto a los estudios sobre la dieta y su efecto en las enfermedades crónicas, se terminaron los preparativos para el Proyecto Interamericano de Aterosclerosis que se inició el año pasado. Colaboran en él 16 patólogos de Brasil, Colombia, Chile, Guatemala, Jamaica, México, Puerto Rico, Unión Sudafricana y Venezuela. En este proyecto quinquenal, realizado con una subvención de los Institutos Nacionales de Higiene (NIH) de los Estados Unidos de América y desarrollado en colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad del Estado de Luisiana, EUA, se está llevando a cabo un estudio de especímenes de aortas y coronarias, para determinar la prevalencia de aterosclerosis en los países mencionados. El estudio tiene por objeto tratar de esclarecer los factores causantes de dicha dolencia. Hasta la fecha se han examinado más de 2,500 especímenes.



Ciudad de Guatemala, Guatemala. Un miembro del personal del INCAP pesa a un niño sometido a observación con el fin de estudiar el equilibrio de nitrógeno.

Publicaciones

El año 1960 fue fructífero para el INCAP en lo que a publicaciones de carácter científico y de otra índole se refiere. Se publicaron 65 artículos originales en revistas

prestigiosas de América Latina o en otros órganos científicos de Europa y Estados Unidos de América. Hasta la fecha, el número total de trabajos preparados por el Instituto asciende a 225 en español y 200 en inglés.

A fin de mantener a los países miembros informados al día en cuanto a los adelantos en el campo de la nutrición, el INCAP continuó publicando a intervalos regulares volúmenes especiales que contienen los resultados de sus propios trabajos, así como traducciones al español de trabajos publicados originalmente en otros idiomas. En 1961 se publicará el *Suplemento N° 4 del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, que incluye 38 artículos y resúmenes de trabajos publicados con anterioridad en otras revistas de habla hispana.

Participación en actividades docentes

Como se ha mencionado antes, el Instituto dedicó especial atención a las actividades docentes. Varios miembros de su personal cooperaron en el desarrollo de 15 cursos teórico-prácticos, relacionados con los programas de nutrición en salud pública. Asimismo, en su deseo de colaborar de la manera más efectiva con las universidades, asociaciones y organismos gubernamentales de los países miembros, el personal del INCAP y destacados consultores visitantes dictaron aproximadamente 30 conferencias y participaron en discusiones de mesa redonda sobre temas relacionados con la nutrición y ciencias afines.

Visitantes

Durante el período a que se refiere este informe, el INCAP recibió más de 350 visitantes procedentes de Africa, América Central, Canadá, Corea, China, Estados Unidos de América, Europa, Filipinas, India, Indonesia, Japón, México, Puerto Rico y otros países, todos ellos interesados en observar la labor del Instituto y familiarizarse con el desarrollo de sus programas.

Atención médica

Hace mucho tiempo que la Organización definió la salud en términos concretos y por tanto, el fomento, la protección y la recuperación de la misma—que antes constituían actividades separadas—se consideran ahora como elementos integrantes de un todo.

De acuerdo con este criterio, la atención médica consiste no sólo en el tratamiento y restablecimiento del paciente sino también en la adopción de medidas para fomentar la salud, prevenir las enfermedades y descubrir las dolencias asintomáticas. También supone la integración, o por lo menos la coordinación, de los servicios básicos de salud, uno de los cuales es el de atención médica.

Pero si bien en teoría se acepta la integración de estos servicios, en la práctica los esfuerzos para alcanzarla varían considerablemente de un país a otro, debido a razones de carácter histórico y cultural y a la separación que existe entre los servicios de salud pública y los de atención médica.

En 1960 la Organización ha tratado de incorporar las actividades de atención médica a los programas que se desarrollan en los Países Miembros. Esta es una de las actividades que han de llevarse a cabo en varias etapas debidamente planeadas.

Como se anunció en el Informe Anual correspondiente a 1959, en 1960 se nombró un Asesor Regional en Atención Médica asignado a la Sede. Sus funciones consisten en colaborar con los Gobiernos en la planificación y organización de sistemas hospitalarios en los países, en el establecimiento de servicios de atención médica en los departamentos de consulta externa, dispensarios y centros de salud; en el desarrollo de la debida coordinación entre los servicios de hospitalización y los de atención de pacientes externos y en la determinación del lugar que la atención médica debe ocupar en los planes generales de desarrollo de los servicios de salud.

Con el fin de conocer las necesidades de los países, se distribuyó un documento que contenía una exposición de los problemas y un cuestionario relativo a la información indispensable para que la Organización pueda facilitar una orientación preliminar en esta materia. En la actualidad se procede a la compilación, análisis e interpretación de los datos contenidos en las respuestas a dicho cuestionario.

Durante 1960 la Organización continuó proporcionando servicios de asesoramiento a los Gobiernos sobre ciertos problemas de la atención médica, con el fin de fomentar la integración de los servicios preventivos y curativos. El Asesor Regional, los Representantes de Zona y el personal internacional asignado a programas nacionales de salud prestaron servicios de esta naturaleza a la Argentina, Colombia, Cuba, Chile, El Salvador, Panamá, Perú y Venezuela, labor que se irá extendiendo gradualmente a los demás países de las Américas.

Por otra parte, la Organización prosiguió, mejoró y

amplió algunas de sus actividades en el campo de la rehabilitación, independientemente de la etiología de la incapacidad.

En cooperación con otros organismos internacionales interesados en la rehabilitación de las personas físicamente incapacitadas, la Organización continuó participando en el Centro de Adiestramiento en Rehabilitación, establecido en São Paulo, Brasil, en el que se enseñan las técnicas para lograr la mayor rehabilitación posible de dichas personas.

A solicitud del Gobierno de Chile, se proporcionaron los servicios de un consultor técnico en aparatos protésicos.

En el curso del año se iniciaron gestiones con la "Sister Elizabeth Kenny Foundation" para obtener ayuda financiera destinada a programas de rehabilitación en la América Latina. Mientras tanto, la Fundación ha cooperado financiando los servicios de un asesor en rehabilitación física facilitados al Gobierno de México.

Higiene mental

La disminución de la morbilidad y mortalidad debidas a algunas enfermedades transmisibles, la prolongación de la vida, y las tensiones creadas por un ambiente en constante transformación, constituyen algunos de los factores causantes de que las enfermedades mentales y varias de sus consecuencias se hayan convertido en importantes problemas de salud pública. A este respecto, deben mencionarse el alcoholismo, la delincuencia juvenil, ciertas clases de retraso mental, los problemas psicológicos de los niños y ancianos, y algunas formas de muerte violenta. Un programa encaminado a resolver estos problemas exige personal adiestrado, investigaciones científicas y la cooperación del público.

El Instituto de Rehabilitación de la Universidad de São Paulo, Brasil, restablece toda la capacidad física posible a los lisiados y además les ofrece adiestramiento vocacional. El hombre que aparece en la fotografía trabaja cosiendo zapatos en una fábrica de calzado, a pesar de su paraplejía residual causada por la poliomielitis.

En años anteriores, la aportación de la Organización en el campo de la higiene mental consistió en la organización de seminarios, la provisión de servicios de consultores a corto plazo, la concesión de becas y la amplia distribución de las publicaciones sobre esta materia preparadas por la OMS. Pero en 1960 se decidió ampliar estas actividades en las Américas y nombrar un Asesor Regional en Higiene Mental asignado a la Sede. Su primera misión consistió en efectuar un estudio de los problemas de higiene mental en la Región y formular un programa adecuado. A este respecto, la Sede ha recopilado información acerca de los problemas, los recursos y los servicios existentes en los países del Hemisferio en esta materia. Estos datos permitirán a la Organización facilitar servicios de asesoramiento destinados a fomentar una utilización más eficaz del personal y medios disponibles en los países, así como la incorporación de los fines y las técnicas en materia de higiene mental a los programas de salud pública, según recomendó el Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental, en su reunión celebrada en Ginebra en octubre de 1960. Este Comité también señaló la importancia que reviste la Región de las Américas tanto para la investigación como para la solución de algunos problemas de gran magnitud.

Teniendo en cuenta la relación existente entre las actitudes mentales y los hábitos dietéticos, la Organización envió un representante a la Conferencia sobre Malnutrición y Hábitos de Alimentación, celebrada en Cuernavaca, México, del 9 al 14 de septiembre. El seminario latinoamericano sobre alcoholismo, que tuvo lugar en Viña del Mar, Chile, del 21 al 26 de noviembre, fue organizado por la OPS/OMS. Asistieron participantes de 15 países del Hemisferio. Este seminario recomendó que la Organización coordinara las actividades de investigación en este campo, que ofrece

grandes posibilidades para una labor eficaz desde el punto de vista preventivo.

La Organización estuvo representada en el IV Congreso Latinoamericano sobre Salud Mental, organizado por la Asociación Latinoamericana para la Salud Mental, en Santiago, Chile, del 4 al 10 de diciembre. En las discusiones se puso de manifiesto el gran interés de los diversos grupos profesionales así como la necesidad de establecer una coordinación e intercambio de información sobre los métodos de investigación y las técnicas de aplicación, en materia de higiene mental.

La situación actual en las Américas es favorable para la realización de actividades encaminadas a la solución de los problemas que atañen a poblaciones que durante siglos han sufrido las consecuencias de factores que afectan su salud mental y causan grandes gastos y sacrificios de diversa índole. El complejo problema de la higiene mental plantea indudablemente grandes dificultades que no se pueden soslayar. Una forma de solventarlas consiste en la investigación de la etiología, y la distribución de las enfermedades mentales en las Américas, así como su control y prevención.

Higiene dental

Hasta julio de 1960, las actividades de la Organización en el campo de la higiene dental continuaron concentrándose en los programas de adiestramiento de odontólogos de salud pública que se vienen llevando a cabo en cooperación con la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo.

El Asesor Regional en Higiene Dental, que estaba asignado a la Oficina de la Zona VI desde 1958, fue transferido a la Sede en el mes de julio, después de pasar cuatro meses en el Brasil, donde colaboró en los cursos celebrados en la Universidad de São Paulo. Durante ese período, se dio por primera vez un curso intensivo de orientación en odontología de salud pública. Este curso, que se repetirá todos los años, duró nueve semanas, y participaron en él 16 estudiantes, cinco de los cuales eran becarios de la OPS/OMS. La evaluación realizada a la terminación del curso indicó que se habían obtenido excelentes resultados. Durante ocho semanas se enseñaron las siguientes materias: Conceptos fundamentales de salud pública, odontología preventiva, odontología de salud pública, educación sanitaria y antropología cultural. La otra semana se dedicó a actividades de observación en una colectividad que disponía de servicios integrados de salud pública, donde los estudiantes realizaron su labor individualmente o en grupos reducidos. Este curso permitió enseñar los aspectos de salud pública de la odontología a dentistas interesados en los ramos de la enseñanza, la administración, los servicios de higiene escolar, los servicios industriales y los servicios locales de salud pública. El curso sirvió también de substitutivo para los dentistas que no necesitaban poseer un perfecto conocimiento en materia de salud pública y que, por alguna razón, no podían seguir el curso de un año de adiestramiento para especialistas.

En 1960 se dio por tercera vez en la Universidad de São Paulo, el curso de un año para especialistas en odontología de salud pública; lo completaron 13 estudiantes, cinco de los cuales eran becarios de la OPS/OMS. Una evaluación de este programa para la preparación de odontólogos de salud pública, que se desarrolla desde hace tres años revela que es una de las actividades en que la cooperación internacional ha resultado sumamente eficaz. Durante el período de 1958–1960 recibieron adiestramiento 57 dentistas procedentes de 18 países de la Región, 33 de ellos con becas de la OPS/OMS.

En el mencionado curso se utilizó el *Manual de odontologia sanitária*, en portugués, que contiene los principios y normas generales aplicables a la situación en la América Latina. Los dos primeros volúmenes, que abarcan la teoría y práctica de odontología de salud pública, fueron preparados por el Asesor Regional de la OPS/OMS. La preparación del tercer volumen, que trata de la odontología preventiva, estuvo a cargo del profesor que enseña esta materia en el curso. Los tres volúmenes constituyen una importante contribución a la literatura especializada, particularmente por el carácter didáctico del manual.

El programa de adiestramiento en higiene dental que viene desarrollándose en la Universidad de São Paulo, se estableció de conformidad con un acuerdo tripartito suscrito por la Universidad de São Paulo, la Fundación W. K. Kellogg y la Organización. Este acuerdo, que expiraba a fines de 1960, ha sido prorrogado por otros tres años, a petición de la Universidad. Durante los tres primeros años, el Asesor Regional participó activamente en la orientación docente de los cursos; en los tres próximos años, sus actividades se limitarán a facilitar servicios de asesoramiento para el programa, particularmente en lo que se refiere a encuestas y adiestramiento práctico.

Las encuestas dentales de niños que asisten a las escuelas públicas ofrecen experiencia práctica a los dentistas que siguen el curso de salud pública en la Universidad de São Paulo, Brasil. Mientras un becario de la OPS/OMS, procedente de El Salvador, examina al niño, otro, procedente del Paraguay, registra los datos; un dentista brasileño sirve de ayudante. Estas actividades las van realizando por turno los miembros del grupo.

Durante el mismo período se prestó asesoramiento al Comité nombrado por el Gobierno del Estado de São Paulo para estudiar la reorganización de los servicios dentales escolares, y a solicitud de los Gobiernos de Haití y El Salvador, se ofreció también asesoramiento a los servicios dentales de ambos países sobre problemas relacionados con su organización y planes de trabajo. También se efectuó una visita a Resistencia, en la Provincia de El Chaco, Argentina, en el curso de la cual se estudiaron diversos aspectos relativos a los programas de higiene dental de dicha Provincia.

El Asesor participó en una serie de discusiones de mesa redonda sobre temas de higiene dental en Puerto Príncipe, Haití, y dictó también varias conferencias sobre la misma materia a médicos y dentistas de los servicios de salud pública de Guatemala. También se dieron conferencias sobre higiene dental en Resistencia, Argentina, patrocinadas por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de El Chaco; en São Paulo, bajo los auspicios del Servicio Dental Escolar y la Sección Odontopediátrica de la Asociación de Cirujanos Dentales de São Paulo, y en México, D. F., bajo el patrocinio de la Asociación Dental Mexicana y el Servicio de Salubridad del Distrito Federal.

En el *Boletín* de la Oficina Sanitaria Panamericana se publicaron dos artículos sobre higiene dental, examinada desde el punto de vista internacional. Uno de ellos trata de las tendencias observadas en el Hemisferio en materia de enseñanza dental y llama la atención sobre los principales cambios que se van introduciendo en los planes de estudio, con el fin de perfeccionar la formación de profesionales y de capacitarlos mejor para adaptarse a las necesidades del medio en que habrán de ejercer la profesión. El otro artículo examina los problemas con que habrá de enfrentarse la profesión de odontología en relación con la rápida evolución social que se está produciendo. Ambos trabajos han sido reproducidos en varias publicaciones especializadas de la América Latina.

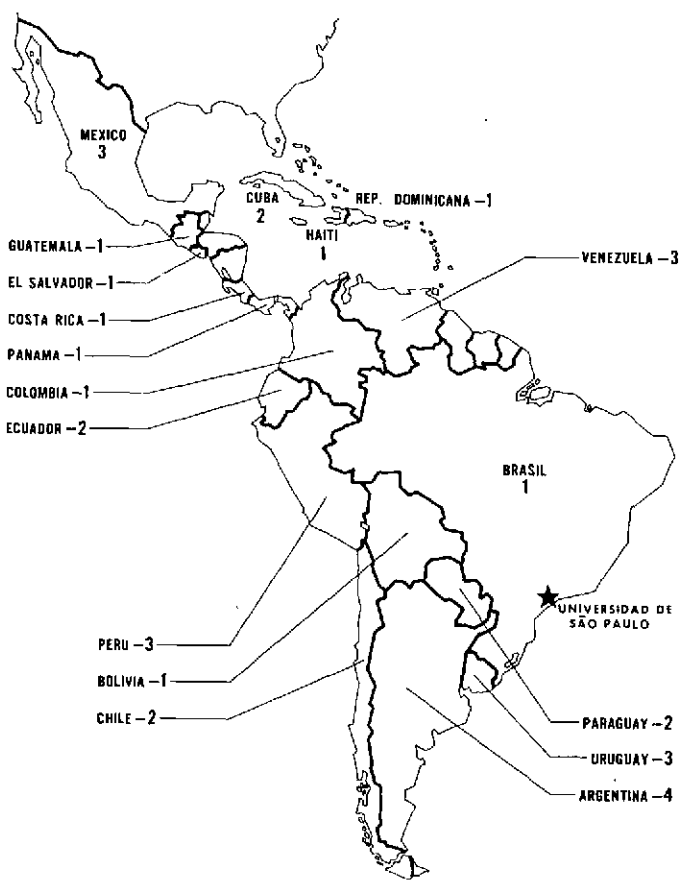


Fig. 3. Número de estudiantes de los países de las Américas que recibieron becas de la OPS/OMS para cursar odontología de salud pública en la Universidad de São Paulo, Brasil, 1958–1960.

Protección contra las radiaciones ionizantes

Puesto que las radiaciones ionizantes, como otras causas de enfermedades, pueden controlarse mediante las técnicas de salud pública, es lógico que la protección contra dichas radiaciones sea responsabilidad que corresponda a los servicios de salud.

En consecuencia, la función de la unidad de la OSP de protección contra las radiaciones ionizantes, establecida en la segunda mitad de 1960, consiste en fomentar la intervención de los servicios de salud pública de este Hemisferio en materia de energía nuclear aplicada.

A fines de 1960, el Asesor Regional en Protección contra las Radiaciones Ionizantes y el asesor técnico especializado en este campo realizaron visitas a los departamentos estatales y locales de salud de los Estados Unidos de América, en que se están estableciendo unidades para la protección de la población contra los efectos nocivos de las radiaciones ionizantes. La observación de los métodos administrativos utilizados, de los procedimientos para la selección y adiestramiento del personal y de la elaboración de programas de encuestas y control del medio, ofreció una excelente oportunidad para adquirir cierta experiencia que puede ser aplicada, en determinadas circunstancias, al prestar colaboración a los servicios de salud de los países latinoamericanos. Las relaciones establecidas en el curso de estas visitas serán de utilidad para la Organización en lo que se refiere tanto al adiestramiento de personal como a la contratación de consultores a corto plazo.

El jefe de la unidad representó a la OMS en una reunión del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) sobre la eliminación de desechos radiactivos en aguas dulces que tuvo lugar en Viena, Austria, del 28 de noviembre al 2 de diciembre.

A solicitud del Gobierno de Chile, se efectuó un estudio sobre los instrumentos y otros materiales de laboratorio necesarios para llevar a cabo un proyecto destinado al adiestramiento de personal en la utilización de isótopos radiactivos con fines médicos.

Durante el mes de diciembre, los miembros de la unidad dieron una serie de conferencias, para el personal profesional de la Sede, sobre la protección contra las radiaciones ionizantes.

El programa de la unidad en un futuro inmediato estará orientado hacia los cuatro aspectos principales que se indican a continuación:

1) Estimular a los servicios nacionales de salud a que establezcan normas para la reglamentación del uso de rayos X y de isótopos radiactivos, así como de la eliminación de desechos radiactivos, basadas en las recomendaciones formuladas por la Comisión Internacional de Protección contra las Radiaciones.

2) Fomentar la enseñanza de la radiofísica sanitaria y de la protección contra las radiaciones ionizantes en las escuelas de medicina, odontología, salud pública, medicina veterinaria, etc.

3) Promover el empleo de isótopos radiactivos para el diagnóstico, el tratamiento y las investigaciones médicas.

4) Estimular la investigación sobre las aplicaciones de las radiaciones que puedan tener importancia para la medicina, la salud pública y la medicina veterinaria.

Estadísticas de salud

En 1960 se intensificaron los servicios estadísticos proporcionados al personal de la Organización, especialmente en relación con el análisis de datos para la planeación de sistemas de abastecimiento de agua y programas de saneamiento del medio y de educación y adiestramiento. Aparecieron dos publicaciones importantes, *La salud en las Américas y la Organización Panamericana de la Salud* y *Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas, 1949–1958*. También se ampliaron los servicios de consultores en el campo.

Recopilación, análisis y distribución de información estadística

El informe titulado *La salud en las Américas y la Organización Panamericana de la Salud* fue preparado por la Organiza-

ción a solicitud directa de un Subcomité del Senado de los Estados Unidos de América. Este informe, que contiene datos sobre los problemas de salud en los países del Hemisferio, fue publicado en inglés por la Imprenta del Gobierno de dicho país. La Organización publicó las versiones española y portuguesa, en las que figura una introducción del Director. El informe ha resultado de gran utilidad en muchos programas en que colabora la Organización, y se han hecho reimpresiones de los capítulos sobre el problema del agua y sobre el personal de salud, de la edición inglesa. De conformidad con la Resolución XXXVII de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, se trazaron planes para la preparación del *Resumen de los informes cuadrienales sobre las condiciones sanitarias en las Américas*, que se presentará a la XVI Conferencia. De acuerdo con la Resolución WHA11.38 de la 11ª Asamblea Mundial de la Salud, se hicieron también preparativos para la recopilación de los datos que habrán de figurar en el *Segundo informe sobre la situación sanitaria mundial*, que se presentará a la 15ª Asamblea Mundial de la Salud. Estas dos reuniones se celebrarán en 1962.

Se continuó preparando el *Informe epidemiológico semanal* los martes de cada semana, distribuyéndolo al día siguiente, por correo aéreo, a las autoridades de salud pública de 54 países y territorios. En el Cuadro 4 aparece el número de casos notificados de estas enfermedades en las Américas durante 1960.

La publicación trimestral *Estadística sanitaria* facilita los totales mensuales de casos de cinco enfermedades cuarentenables por localidades de los países, y de otras enfermedades de notificación obligatoria por países.

Se publicó en inglés y en español el informe *Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas, 1949–1958*, el segundo de una serie que proporciona cifras anuales de casos notificados. El informe aporta datos sobre la malaria y las cinco enfermedades cuarentenables que ocurren en las Américas, clasificados por divisiones políticas principales, así como la distribución, por grupos de edad, de los casos notificados de 12 enfermedades. Por primera vez, esta publicación contiene datos sobre las zoonosis en el hombre y en los animales, así como una interpretación y un examen de los sistemas de notificación de las enfermedades de declaración obligatoria en las Américas.

En 1960, se asignó un estadístico, a tiempo completo, al programa de erradicación de la malaria en las Américas. Facilitó instrucción sobre estadística en cuatro cursos dedicados a oficiales principales en el Centro de Adiestramiento en Erradicación de la Malaria de Kingston, Jamaica; realizó investigaciones sobre el análisis de las pruebas de susceptibilidad de los mosquitos (técnica gráfica), sobre los problemas de selección del sistema de muestreo para la evaluación epidemiológica, los métodos y formas de tabulación y visualización de los datos de evaluación y sobre problemas estadísticos específicos de los servicios nacionales de erradicación de la malaria. Se compilaron datos estadísticos sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas para su presentación a la XII Reunión del Consejo Directivo y a la 14ª Asamblea Mundial de la Salud.

De conformidad con el Artículo 70 del Reglamento Sanitario Internacional, se mantuvo informadas a las autoridades nacionales de salud pública sobre los progresos de la campaña de erradicación del *Aëdes aegypti*, por medio de resúmenes especiales, mensuales y trimestrales, publicados en el *Informe epidemiológico semanal*. Además, en el *Boletín* de la Oficina Sanitaria Panamericana se publicó mensualmente un cuadro con los datos acumulados sobre el estado de la campaña por países y otras áreas. Se publicó, en español y en inglés, la revisión de la *Guía de los informes de la campaña de erradicación del Aëdes aegypti en las Américas*. El *Aëdes aegypti* ha sido declarado oficialmente erradicado en 13 países y otras tres áreas.

Se prepararon los documentos de trabajo para el seminario latinoamericano sobre alcoholismo, patrocinado por el Servicio Nacional de Salud de Chile y la Organización. Se reunieron y analizaron los datos disponibles sobre los países de las Américas, inclusive la información sobre la mortalidad por causas relacionadas con el alcoholismo y la prevalencia de éste determinada por encuestas a base de muestras y por estimados basados en la mortalidad debida a cirrosis hepática, hospitalización por alcoholismo, absentismo del trabajo, accidentes de vehículos de motor causados por conductores bajo la influencia del alcohol y detenciones por embriaguez.

CUADRO 4. CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES CUARENTENABLES EN LAS AMÉRICAS, 1960

País	Fiebre amarilla selvática	Fiebre recurrente por piojos	Peste	Tifus por piojos	Viruela
Total	48	4	258	662	4,754
Argentina	—	—	—	—	64
Bolivia	30	—	12	7	1
Brasil	1	—	28	—	2,278
Colombia	11	4	—	25	171
Chile	—	—	—	10	—
Ecuador	—	—	77	478	2,188
Estados Unidos de América	—	—	2	—	—
México	—	—	—	104	—
Paraguay	—	—	—	—	35
Perú	4	—	139	38	—
Uruguay	—	—	—	—	17[a]
Venezuela	2	—	—	—	—

[a] Excluidos 2 casos importados.
— Ningún caso notificado.

También se tabularon los datos descriptivos y financieros sobre los sistemas de abastecimiento de agua de 42 ciudades de las Américas, para su examen en el seminario sobre tarifas de agua. Entre otras actividades relacionadas con el saneamiento del medio figuraron el análisis de los datos sobre la eliminación de basuras en ciudades de la América Latina, para las Discusiones Técnicas de la XII Reunión del Consejo Directivo, y la preparación de estimados sobre la necesidad y el costo de la construcción de sistemas de abastecimiento de agua en los países de las Américas durante los próximos 20 años. También se preparó un resumen de las respuestas a un cuestionario sobre el estado de la fluoración de los abastecimientos de agua en las Américas.

Educación y adiestramiento

Las principales actividades en materia de educación y adiestramiento en estadísticas de salud continuaron desarrollándose en la Escuela de Salubridad de Chile y en el Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades, de Venezuela. En 1960 se celebró en Chile un curso especial sobre evaluación biológica, y en Argentina se llevaron a cabo otros sobre estadística médica. Se elaboraron los planes preliminares para el adiestramiento en registros y estadísticas de hospitales.

Bioestadística

La Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile ofreció su octavo curso de estadísticas vitales y de salud. La Organización adjudicó becas para este curso a 16 alumnos procedentes de los siguientes países: Argentina, 8; Bolivia, 2; Costa Rica, 1; Honduras, 1; Nicaragua, 1; Panamá, 1; Paraguay, 1; y Perú, 1. Algunos de estos estudiantes, al completar el curso de seis meses, hicieron trabajos prácticos en estadística. Durante el período de 1953–1960, han recibido adiestramiento en la Escuela 283 estadísticos procedentes de 20 países, de los cuales 139 eran chilenos y 144 de otros países (véase Cuadro 5).

Los graduados de estos cursos colaboran en la rápida introducción de los procedimientos internacionales recomendados como, por ejemplo, en la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

En 1960, varios estudiantes del curso principal expresaron el deseo de especializarse en bioestadística, y se les proporcionó la instrucción necesaria. Los profesores de la Escuela examinaron el programa básico de instrucción en materia de bioestadística y decidieron introducir las siguientes modificaciones:

1) En 1961, la Escuela ofrecerá por segunda vez un curso para obtener un título en salud pública con especialización en bioestadística. La preparación de estadísticos a este nivel influirá considerablemente en el desarrollo de la estadística en los distintos países. Para ingresar en el curso, que durará 15 meses, se exigirá título universitario en una profesión que comprenda la preparación en biología, medicina, matemáticas o sociología.

2) El próximo curso de estadísticas vitales y de salud para estadísticos a nivel intermedio tendrá lugar en 1962.

3) La Escuela de Salubridad ofrecerá tan pronto como sea posible un curso sobre estadística y registros médicos de hospitales para personas encargadas de esta labor en grandes hospitales.

Evaluación biológica

El curso sobre la aplicación de métodos estadísticos a la evaluación biológica fue excepcional por la forma en que fue patrocinado, la clase de instrucción que facilitó y los alumnos que asistieron al mismo. Se llevaron a cabo experimentos de laboratorio en el Departamento de Farmacología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y en el Instituto Bacteriológico del Servicio Nacional de Salud. Se dieron conferencias por profesores de las Escuelas de Salubridad y de Medicina, y del Instituto Bacteriológico, así como por un consultor. A este curso, destinado a farmacólogos, microbiólogos, biólogos y bioestadísticos, asistieron 30 alumnos, cinco de ellos procedentes del extranjero.

Se hicieron demostraciones tanto del método cuantitativo como del cualitativo, poniéndose de relieve los resultados mediante sesiones en el laboratorio. Se estudiaron las bases y los procedimientos para calcular la actividad de los agentes que afectan a los sistemas biológicos, para determinar el plan de los experimentos y para definir los límites en que puede considerarse seguro el cálculo de la actividad.

Registros y estadísticas de hospitales

En el curso del año se avanzó en la preparación de un proyecto sobre registros y estadísticas de hospitales. Este proyecto se iniciará en la Argentina, donde se observa un gran interés por la administración de hospitales y por los registros y estadísticas de los mismos. Un especialista en archivos médicos prestará servicios de asesoramiento sobre la organización de centros de demostración y el adiestramiento de personal encargado de dichos registros.

Servicios de consultores

En la Argentina, un consultor en estadística dio cursos para el personal de investigaciones del Instituto Nacional de Microbiología y para los profesores e investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Un profesor de bioestadística de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia (EUA) enseñó en Chile y además prestó servicios de asesoramiento a varios

CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN, POR PAÍS DE ORIGEN, DE LOS ESTUDIANTES DE LOS CURSOS DE ESTADÍSTICAS VITALES Y DE SALUD, DE LA ESCUELA DE SALUBRIDAD DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, 1953–1960

País	Número
Total	283
Argentina	35
Bolivia	8
Brasil	2
Colombia	5
Costa Rica	7
Cuba	2
Chile	139
Ecuador	6
El Salvador	3
Guatemala	6
Haití	3
Honduras	2
México	13
Nicaragua	4
Panamá	8
Paraguay	10
Perú	16
República Dominicana	1
Uruguay	10
Venezuela	3

departamentos de la Escuela de Medicina de Mendoza y al Instituto de Microbiología de Buenos Aires, en la Argentina, y a la Escuela de Salud Pública de São Paulo, Brasil. También dio conferencias en las escuelas de medicina de Guayaquil, Ecuador, y de Cochabamba, Bolivia.

El Cuadro 6 indica el número de becas concedidas desde 1953 a 1960 para asistir a cursos de estadísticas de salud, y el Cuadro 7, el número de participantes en seminarios, conferencias y grupos de trabajo sobre este tema en el mismo período.

La Organización facilitó los servicios de un consultor a corto plazo a los Estados Unidos de América, para que asesorara en la realización de estudios sobre la contaminación de la atmósfera, estudios de campo sobre las radiaciones ionizantes, investigaciones sobre el cáncer y compilación de datos sobre la mortalidad por accidentes profesionales. Además, un miembro del personal de la Sede prestó servicios consultivos al Departamento de Salud del Estado de Virginia.

Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades (Venezuela)

Por decisión del Ministro de Sanidad y Asistencia Social, el cargo de Director del Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades pasó a ser, en septiembre de 1960, un puesto a tiempo completo. El personal del Centro dictó un curso en Kingston, Jamaica, sobre la clasificación de las causas de defunción, el primero que se daba en inglés. Asistieron 17 becarios de la OPS procedentes de territorios de habla inglesa y holandesa. Este curso fue preparado y planeado por el consultor en estadística de la Zona.

Uno de los resultados del primer curso sobre la clasificación de enfermedades celebrado en la Argentina en 1959, fue la introducción, en octubre de 1960, del modelo internacional de certificado médico de defunción en la Provincia de Buenos Aires. Se estimó conveniente proporcionar instrucción adicional sobre clasificación a las personas encargadas de la codificación y, por ello, se celebró un segundo curso en Buenos Aires, patrocinado por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, al que asistieron 26 alumnos de la Argentina y 3 del Paraguay. En 12 cursos sobre clasificación de causas de defunción han recibido adiestramiento 242 personas procedentes de 17 países y de los territorios británicos y neerlandeses (véase Cuadro 8).

Entre las actividades del Centro figura la adaptación y traducción al español de la *International Classification of*

Fig. 4. Estudiantes de los países de las Américas que asistieron a cursos sobre estadísticas vitales y de salud en la Escuela de Salubridad de Chile, 1953–1960.

CUADRO 6. BECAS* ADJUDICADAS PARA CURSOS DE ESTADÍSTICAS VITALES Y DE SALUD, 1953–1960

País	Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades, Venezuela					Escuela de Salubridad								
						Universidad de Chile								Universidad de México
	1955	1956	1958	1959	1960	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1956–1959
Total	12	14	12	10	17	13	14	10	17	11	18	13	16	5
Argentina	—	—	1	—	—	2	2	1	3	3	6	6	8	—
Bolivia	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1	—	2	—
Brasil	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Colombia	1	—	1	5[a]	—	1	—	—	1	—	1	1	—	—
Costa Rica	—	2	—	1	—	1	—	—	2	—	—	—	1	1
Cuba	1	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1
Chile	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ecuador	1	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—
El Salvador	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	2	2	1	1	—	1	—	1	1	—	1	—	—	1
Haití	—	—	1	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—
Honduras	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
México	2	2	2	2	—	1	1	1	4	3	3	—	—	—
Nicaragua	1	2	1	—	—	1	—	—	1	1	—	—	1	—
Panamá	2	2	2	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	1
Paraguay	—	—	1	—	—	—	3	1	1	2	1	—	1	—
Perú	—	1	2	—	—	1	1	1	1	1	4	3	1	—
República Dominicana	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Uruguay	—	—	—	—	—	1	1	2	1	—	—	2	—	—
Venezuela	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Territorios británicos	—	—	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Territorios neerlandeses	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—

* Además se concedieron 12 becas para un cursillo celebrado en Jamaica, en 1954, para participantes del Area del Caribe.
[a] Incluido un miembro del personal de la Organización asignado a Colombia.

Diseases Adapted for Indexing of Hospital Records and Operation Classification, publicada en 1959 por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América. Esta adaptación, que aparecerá en 1961, mantiene las categorías de la *Clasificación Internacional* de la OMS. El Centro ha dado también comienzo a los trabajos sobre la Octava Revisión del *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción*.

Actividades en los países

Además de la recopilación y distribución de datos y del programa de educación y adiestramiento, la Organización continuó proporcionando servicios consultivos para colaborar con los Gobiernos Miembros en el mejoramiento de sus respectivos servicios estadísticos. Los consultores asignados a Buenos Aires, Ciudad de Guatemala y Kingston, Jamaica, continuaron su labor durante el año. En julio se nombró un cuarto consultor para prestar servicio en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

Las recientes actividades en varios países ponen de relieve los progresos que se vienen realizando en materia de estadística.

La rapidez con que se desarrolló el programa de estadísticas vitales en la Provincia de Buenos Aires, Argentina, constituye un ejemplo de lo que puede lograrse mediante la coordinación de los esfuerzos de varios organismos y el apoyo de una sociedad médica. En noviembre de 1959, la Sociedad Médica solicitó la cooperación del Ministerio de Salud Pública para la adopción del formulario, recomendado internacionalmente, de certificado médico de causas de defunción, así como para el mejoramiento del sistema de estadísticas vitales y de salud. En diciembre se constituyó una comisión encargada de organizar el programa, y en el mes de marzo siguiente se dispuso por decreto la coordinación de las actividades de estadística vital llevadas a cabo por las Oficinas del Registro Civil, la Oficina de Estadística y la Oficina de Estadística Vital y Sanitaria de los Ministerios de Gobernación, Economía y Salud Pública, respectivamente. Se nombró un coordinador para hacerse cargo de este programa. En julio se estableció la Comisión de Estadística Vital y Sanitaria, y en octubre de 1960 ya se

CUADRO 7. PARTICIPANTES* EN SEMINARIOS, CONFERENCIAS Y GRUPOS DE TRABAJO SOBRE ESTADÍSTICAS DE SALUD Y OTRAS MATERIAS AFINES, 1953-1960

País	Enfermedades transmisibles	Clasificación de enfermedades	Reglamento Sanitario Internacional		Estadística médica		Certificado médico	Curso sobre evaluación biológica
	Chile 1953	Venezuela 1957	Costa Rica 1955	Venezuela 1956	Brasil 1958	México 1958	Venezuela 1959	Chile 1960
Total	25	24	15	17	13	2	11	4
Argentina	6	—	—	2	1	—	1	2
Bolivia	2	1	—	2	—	—	—	—
Brasil	5	1	—	3	6	—	3	1
Canadá	—	1	—	—	—	—	—	—
Colombia	2	1	—	—	1	—	2	—
Costa Rica	—	2	—	—	—	—	—	—
Cuba	—	—	3	—	—	—	—	—
Chile	—	3	—	2	1	—	1	—
Ecuador	2	1	—	2	1	—	—	—
El Salvador	—	1	—	—	—	1	—	—
Estados Unidos de América	—	1	—	—	—	—	1	—
Guatemala	—	1	2	—	—	1	—	—
Haití	—	1	1	—	—	—	—	—
Honduras	—	1	1	—	—	—	—	—
México	—	2	3	—	—	—	1	1
Nicaragua	—	1	1	—	—	—	—	—
Panamá	—	1	4	—	—	—	1	—
Paraguay	2	1	—	2	—	—	—	—
Perú	2	1	—	2	1	—	—	—
República Dominicana	—	1	—	—	—	—	—	—
Uruguay	2	2	—	2	2	—	1	—
Venezuela	2	—	—	—	—	—	—	—

* Subvencionados por la Organización, salvo los participantes del respectivo país huésped.

habían empezado a utilizar, experimentalmente, los nuevos certificados de nacimiento, defunción, muerte fetal y matrimonio. Esta labor en la Provincia de Buenos Aires ha permitido realizar progresos en otras provincias y, al mismo tiempo ha resultado muy útil como proyecto de demostración.

El Ministerio del Interior organizó el primer Congreso Nacional de Directores de Oficinas del Registro Civil, principalmente para que preparara un proyecto de ley con el fin de uniformar las normas y procedimientos y facilitara un intercambio general de información. Se registraron ciertos progresos a nivel nacional. Se celebraron varias reuniones de la Comisión Nacional de Estadística Vital y Sanitaria, así como un seminario sobre la notificación de enfermedades transmisibles.

En Colombia se elaboraron planes para el establecimiento de una nueva sección de estadística en la Oficina de Planificación, Coordinación y Evaluación del Ministerio de Salud Pública y para la celebración de un curso sobre bioestadística en la Escuela de Salud Pública para estudiantes que hayan completado tres cursos en la Facultad de Matemáticas de Bogotá.

En el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú se organizó una División de Bioestadística, dotada de personal debidamente adiestrado.

En Costa Rica se reorganizaron las actividades estadísticas de varias oficinas del Departamento de Bioestadística y se estableció un procedimiento para la tabulación de datos estadísticos de las unidades sanitarias. Además, se prepararon mensualmente en el Departamento de Bioestadística los informes estadísticos sobre la campaña de erradicación de la malaria.

En Honduras y Nicaragua se organizaron y pusieron en práctica unos sistemas de notificación periódica para los centros de salud.

En Jamaica se están preparando estudios de campo sobre la mortalidad infantil, que abarquen los aspectos económicos, sociales, ambientales y sanitarios que han contribuido al importante aumento de aquélla en los últimos años. Se vienen realizando esfuerzos para mejorar las esta-

CUADRO 8. DISTRIBUCIÓN, POR PAÍS DE ORIGEN, DE LOS ESTUDIANTES DE LOS CURSOS SOBRE CLASIFICACIÓN DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN, 1954–1960

País	Número
Total	242
Argentina*	59
Colombia*	19
Costa Rica	3
Cuba	2
Chile	1
Ecuador	2
El Salvador	1
Guatemala	6
Haití	1
Honduras	1
México	8
Nicaragua	4
Panamá*	47
Paraguay*	25
Perú*	25
República Dominicana*	16
Venezuela	4
Territorios británicos*	14
Territorios neerlandeses	3
Miembro del personal de la OSP	1

* Cursos celebrados en estos países.

dísticas de hospitales, y se han revisado los formularios que éstos habrán de utilizar para sus notificaciones al Ministerio de Salud.

Reglamento Sanitario Internacional

Continuó durante el año la labor encaminada a obtener por notificaciones telegráficas de todas las zonas recién infectadas por una enfermedad cuarentenable, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional. Mejoró algo la rapidez en la notificación, pero en varias ocasiones la primera información que se tuvo de casos de una enfermedad cuarentenable fue por la prensa u otro conducto no oficial. Por consiguiente, hubo que hacer las averiguaciones necesarias acerca de la administración de salud pública interesada, pero en la mayoría de los casos dicha información resultó ser errónea.

La notificación incompleta de los casos de viruela en el Brasil, donde sólo se da cuenta de los que ocurren en el Distrito Federal y en las capitales de los Estados, continúa siendo la excepción en las Américas. El único caso notificado de una enfermedad cuarentenable propagada por el tráfico internacional fue un brote de viruela en un departamento fronterizo del Uruguay causado por un caso importado del Brasil.

Las dificultades con que tropiezan los países al tratar de determinar la presencia del virus de la fiebre amarilla, que en las Américas es del tipo selvático, constituye un obstáculo para la rápida notificación de esta enfermedad.

La mayoría de los casos de peste notificados en 1960 se debieron a roedores silvestres infectados y, si bien se notificaron 258 casos humanos, ninguno de ellos ocurrió en ciudades o en las zonas costeras.

La Oficina colaboró en la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, señalando a la atención de las administraciones de salud pública las discrepancias existentes y aclarando los problemas que surgieron entre países de las Américas o que afectaron también a países de otras regiones del mundo.

Otras actividades

La primera reunión del Comité Asesor de la Organización en Estadística se celebró en Washington, D. C., en el mes de

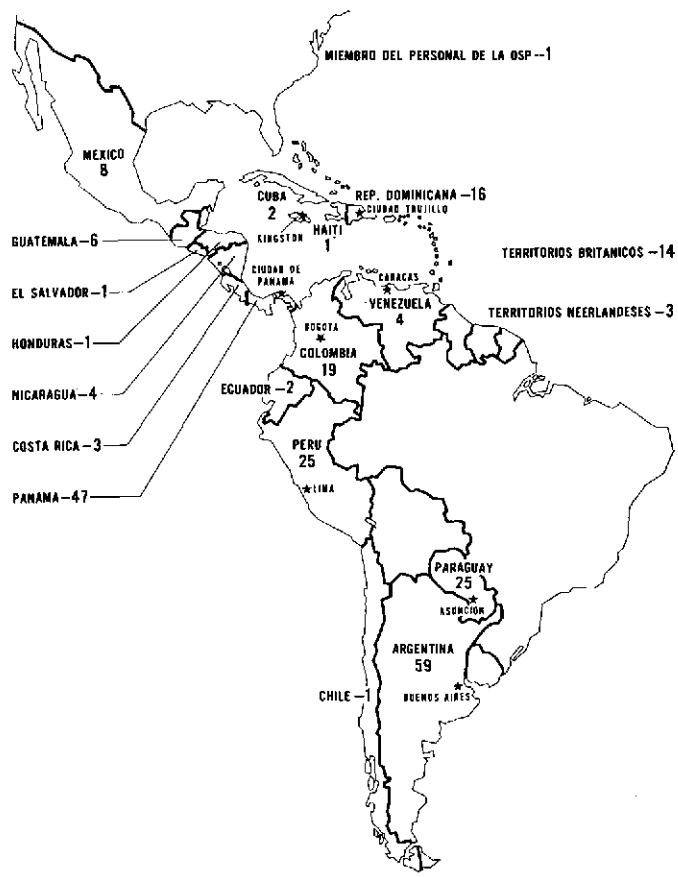


Fig. 5. Estudiantes de países de las Américas que asistieron a cursos sobre la clasificación internacional de enfermedades, 1954–1960.

Debate de mesa redonda celebrado acerca del programa integrado de estadísticas vitales de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

junio, con el objeto de que analizara las normas y objetivos actuales y los resultados obtenidos, y sugiriera nuevos métodos para el cumplimiento de los compromisos contraídos por la Organización. Participaron en la reunión siete destacados estadísticos y representantes de las Naciones Unidas, del Instituto Interamericano de Estadística y de la OMS. El Comité recomendó la ampliación de los programas de educación y adiestramiento en materia de estadística para graduados y no graduados, la enseñanza de estadística en las escuelas de salud pública y medicina, la coordinación de los informes de los organismos internacionales, el fomento de las investigaciones estadísticas y epidemiológicas y el establecimiento de un programa de actividades regionales para preparar la Octava Revisión del *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción*. El informe completo de esta reunión ha sido publicado en inglés y en español (Publicaciones varias, Nº 61) y la versión española aparecerá también en el *Boletín*. Se proyecta celebrar una segunda reunión del Comité en 1962, que se dedicará a evaluar la labor realizada, especialmente en los nuevos programas.

El primer resultado concreto de la reunión fue la decisión del Gobierno de Venezuela en el sentido de asignar fondos para la remuneración de un Director, a tiempo completo, del Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades. Una segunda consecuencia indirecta fue la solicitud, presentada por la Escuela de Salud Pública del Estado de São Paulo a los Institutos Nacionales de Higiene (EUA), para la concesión de fondos destinados a financiar un curso de seis semanas sobre estadística médica para futuros profesores, solicitud que fue atendida por dichos Institutos. Se ha puesto en práctica la recomendación del Comité sobre la preparación de propuestas para la Revisión del *Manual*, habiéndose elaborado planes para celebrar a principios de 1961 la primera reunión de un Comité Regional Asesor sobre Clasificación Internacional de Enfermedades a fin de establecer el programa regional.

Como consecuencia de la recomendación del Comité, en el sentido de que se dedique mayor atención a las investigaciones estadísticas y epidemiológicas en la América Latina, especialmente en el campo de las enfermedades cardiovasculares, se han trazado planes preliminares y se han hecho gestiones para la obtención de fondos con el fin de llevar a cabo, en 1961, estudios epidemiológicos del cáncer y de las afecciones cardiovasculares y otras enfermedades crónicas.

Laboratorios de salud pública

A pesar de los progresos realizados recientemente en el desarrollo de servicios de laboratorio de salud pública en la América Latina, hay todavía muchos laboratorios que no han alcanzado el grado de eficiencia necesario para cumplir debidamente sus funciones en materia de diagnóstico, investigaciones de salud pública, elaboración de productos biológicos económicos y eficaces, control de alimentos y drogas así como en la evaluación de los programas de salud pública. En consecuencia, durante 1960 la Organización continuó dedicando especial atención a estos laboratorios, ya que la eficiencia de sus servicios es condición indispensable para la prevención, el control y, cuando es posible, la erradicación de las enfermedades transmisibles. Además, es preciso contar con servicios eficaces de laboratorio para la evaluación de los programas de control de enfermedades transmisibles. Los laboratorios desempeñan asimismo una función fundamental en las actividades de saneamiento del medio, control de alimentos y drogas y sirven de apoyo a los programas relativos a enfermedades no transmisibles.

La importancia del laboratorio en materia de evaluación quedó demostrada durante la campaña de erradicación de la viruela en Colombia, donde la Organización fomentó el empleo sistemático del diagnóstico de laboratorio a fin de obtener información exacta sobre la extensión e importancia de las zonas geográficas aún no protegidas por la inmunización. El objetivo del programa nacional consiste en la eliminación total de la viruela y, por tanto, es indispensable obtener un diagnóstico etiológico exacto en las últimas fases de la campaña, pues de lo contrario se registrarían erróneamente casos clínicamente similares a los de aquella enfermedad, pero causados por otros agentes patógenos. Asimismo, en Haití, los análisis de laboratorio permitieron comprobar que la mayoría de las lesiones ulcerosas observadas en las fases avanzadas de la campaña de erradicación de la frambesia no se deben al *Treponema pertenue* sino a varios agentes microbianos no específicos que se encuentran en las úlceras tropicales.

Merecen destacarse también las actividades llevadas a cabo recientemente en materia de servicios de laboratorio en la Argentina, Guayana Británica, Curazao, Haití y Paraguay.

En Argentina se desarrolló un plan para unificar los métodos de serodiagnóstico de la sífilis en los laboratorios provinciales y, como parte de los programas de servicios integrados de salud pública se estimuló la expansión de los laboratorios locales de la Provincia de El Chaco.

Un consultor de la Organización prestó servicios de asesoramiento al laboratorio de salud pública de Georgetown, Guayana Británica, para la ampliación del edificio y la selección del equipo, así como sobre los planes para el adiestramiento de personal, la determinación de las nuevas actividades que se proyectan llevar a cabo en el laboratorio central y el desarrollo de laboratorios locales. El consultor visitó también el laboratorio de salud pública de Curazao, Antillas Neerlandesas y formuló recomendaciones para su ampliación y mejoramiento.

La asignación de un consultor en laboratorios a los servicios de salud pública de Haití tuvo por resultado una mayor eficiencia técnica y administrativa, así como una participación más activa del laboratorio en todos los programas de salud pública, especialmente en las campañas de erradicación de la frambesia y de la malaria y en el control de las enfermedades venéreas.

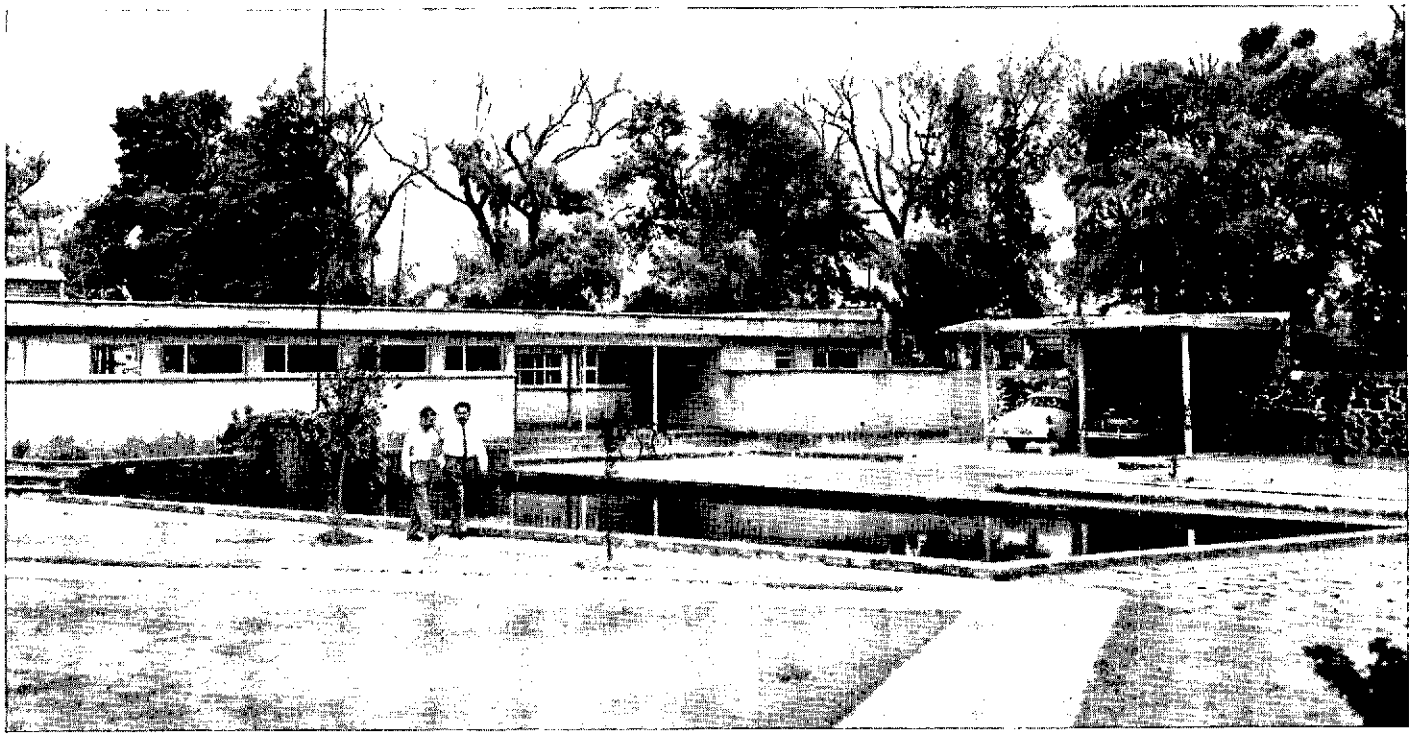
En el Paraguay se establecieron y organizaron siete laboratorios locales en sendos centros de salud, habiéndose adiestrado su personal en cursos especiales dictados en el Laboratorio Central de Asunción.

Elaboración y control de productos biológicos

Los Países Miembros han mostrado un interés creciente en el control de los agentes inmunizantes. En el curso del año, 35 muestras de vacunas y toxoides procedentes de cinco países fueron sometidos a pruebas de inocuidad y actividad en laboratorios de referencia. No cabe duda que la utilización más frecuente de estos servicios redundaría en el mejoramiento de los métodos de control aplicados en los laboratorios de salud pública y, por consiguiente, de la calidad de los productos biológicos en los distintos países.

Los laboratorios nacionales de varios países latinoamericanos vienen realizando esfuerzos encaminados a desarrollar la producción local de toxoides diftéricos, tetánicos y estafilocócicos, vacunas antivariólicas, BCG, antirrábicas, antitíficas y antipertúsicas, ciertas vacunas de uso veterinario (como las de la brucelosis, la rabia y el ántrax), suero antirrábico hiperinmune y varios antígenos para el diagnóstico. Atendiendo a solicitudes recibidas, la Organización facilitó cepas, patrones de referencia y otros materiales necesarios para la producción y las pruebas de control.

Se proporcionaron servicios de asesoramiento técnico a la Argentina, Ecuador y México sobre los métodos para incrementar la producción o para mejorar la calidad de las vacunas, toxoides y antígenos. Se planeó para principios de 1961 la visita de dos consultores, especializados en la producción y administración de la vacuna contra la tos ferina, al Laboratorio Nacional de Salubridad de México, lo que



El Laboratorio de Salud Pública de Tlalpan, México. A la izquierda se encuentra la biblioteca y, a la derecha las oficinas.

permitirá poner en ejecución un programa preventivo de vasto alcance.

Se llevó a cabo una encuesta sobre las necesidades de los países de Centro América y Panamá en cuanto a la provisión de agentes inmunizantes, y el personal adiestrado, instalaciones y equipo de laboratorio de que disponen. El análisis de los datos obtenidos permitirá determinar la mejor manera de lograr, en un futuro próximo, el abastecimiento adecuado de substancias biológicas para uso en el hombre y en los animales. La creación de un laboratorio central, sostenido por todos los países interesados y dedicado a la elaboración y control de productos biológicos y al desarrollo de métodos más perfectos, es la solución que ofrece mejores posibilidades.

Suministro de reactivos biológicos y animales de laboratorio

En 1960 se suministraron 429 reactivos biológicos (cepas microbianas o víricas, sueros-tipo, antígenos diversos, patrones biológicos, etc.) a laboratorios de 15 países; se facilitaron antígenos estandarizados (tuberculina, histoplasmina, coccidioidina) a las administraciones sanitarias de varios países para llevar a cabo estudios epidemiológicos; y se prestaron servicios de asesoramiento técnico sobre ciertas actividades específicas, tales como las técnicas especiales para la realización de pruebas de diagnóstico o para la elaboración de antígenos.

También se proporcionaron animales de laboratorio (ratones, hamsters, cobayos) solicitados para la creación de nuevas colonias de reproducción en laboratorios nacionales, así como servicios de asesoramiento técnico para mejorar la calidad y aumentar la productividad de las colonias. Esta asistencia tiende a que los laboratorios cuenten con un suministro adecuado del reactivo biológico más delicado: el animal de experimentación. Cada una de las cepas de animales empleadas en las pruebas de diagnóstico y de control, o en los trabajos de investigación, debe ser genéticamente homogénea, y cada animal libre de enfermedades transmisibles y de deficiencias nutricionales. Los métodos de alimentación y de cría deben ajustarse a las normas de higiene y de economía que aseguren una elevada productividad y una calidad superior. Sin estos requisitos, la colonia resultará costosa e ineficiente, y pocas conclusiones valederas podrán obtenerse de los ensayos realizados con estos animales.

El Instituto Nacional de Salud Pública del Perú y el Laboratorio Nacional de Salubridad de México cuentan ya con colonias de animales establecidas de acuerdo con las normas recomendadas por los consultores de la Organización.

Adiestramiento de técnicos de laboratorio

Para que los laboratorios puedan desempeñar satisfactoriamente sus funciones han de contar con técnicos bien

adiestrados, capaces de llevar a cabo una gran variedad de procedimientos bajo la supervisión de un patólogo calificado. Su labor no puede consistir solamente en la ejecución automática de las instrucciones recibidas verbalmente o por escrito, sino que además han de tener una comprensión cabal, de los requisitos de un buen ensayo de laboratorio y un conocimiento fundamental de los principios en que están basados tales ensayos.

En consecuencia, la OPS/OMS ha venido colaborando en la organización de cursos de adiestramiento para técnicos de los laboratorios nacionales. A este respecto, merece especial mención el curso que se celebró por primera vez en 1960 en el Instituto Adolfo Lutz, de São Paulo, Brasil. Participaron en este curso, planeado y desarrollado con la colaboración de un consultor de la Organización, 20 miembros del personal de los servicios estatales de salud, quienes, después de obtener la preparación técnica, fueron asignados a un hospital o laboratorio de salud pública para que adquirieran experiencia práctica.

Laboratorios de virología

Los laboratorios de salud pública de la Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, México y Venezuela han mostrado un gran interés en la creación, ampliación o reorganización de unidades dedicadas al estudio de los virus filtrables. La escasez de consultores internacionales ha demorado la ejecución de esos proyectos. La Organización ha tratado de vencer esta dificultad mediante la colaboración técnica prestada por su personal permanente y la concesión de becas para el adiestramiento en materia de virología en laboratorios apropiados.

A solicitud del Gobierno de Venezuela, un consultor de la OPS/OMS preparó un plan para la organización de un laboratorio de diagnóstico virológico en el Instituto Nacional de Higiene de Caracas. También se facilitaron servicios similares a México para el planeamiento preliminar de una sección destinada al estudio de virus transmitidos por artrópodos, en el Instituto Nacional de Salubridad. En la reciente reorganización del laboratorio virológico del Instituto Oswaldo Cruz, Brasil, un virólogo especializado en cultivos tisulares ha venido prestando servicios de asesoramiento en el adiestramiento de personal, selección de equipo y materiales y obtención de cepas y reactivos. Parte del equipo de este laboratorio ha sido proporcionado por la OPS/OMS.

Otras actividades

En el curso del año, se facilitó información y asesoramiento sobre asuntos tan diversos como la clasificación de preparaciones farmacéuticas, las características de los antígenos estandarizados y métodos de empleo de los mismos en las pruebas cutáneas de hipersensibilidad con respuesta tardía, la preservación de la calidad y actividad de ciertas drogas y el uso del patrón internacional de pirógenos.

Se obtuvieron datos para tres encuestas de la OMS sobre la metodología de las pruebas de sensibilidad (microbiana) a los antibióticos, el estado actual de los servicios de laboratorio, y sobre los planos, equipo y métodos de laboratorio.

La Organización obtuvo los servicios de un consultor internacional en inmunología de los estafilococos para que colaborara con científicos del Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América en el establecimiento de un sistema de tipificación de este género bacteriano.

Enfermería

Prosiguió durante el año la labor encaminada a mejorar y ampliar los servicios de enfermería en todos los países, dedicándose especial atención a la creación de puestos de supervisión y de administración para enfermeras diplomadas, a la reorganización de los servicios de enfermería a nivel nacional y al adiestramiento de auxiliares de enfermería durante el servicio. Tal vez la más importante de estas actividades fue la creación de puestos de supervisión, ya que refleja una mayor apreciación de la necesidad de supervisar, en forma periódica y debidamente planeada, al personal auxiliar de enfermería, especialmente al que presta servicios en zonas rurales.

Se continuó prestando colaboración a los ministerios de salud pública en el planeamiento de la ampliación de los servicios de enfermería, en particular en las zonas rurales, habiéndose iniciado en 1960 en las de algunos países actividades básicas de enfermería de salud pública, tales como las visitas domiciliarias, la asistencia a los médicos en las consultas clínicas, la observación consecutiva de casos en relación con el control de las enfermedades transmisibles, la labor con las matronas empíricas y la organización de "clubs" de madres.

La Organización preparó un proyecto de cuadro de proporción de personal de enfermería en relación a la población, con el fin de que pudiera servir de base para establecer planes a largo plazo encaminados a elevar dicho personal, tanto

Una estudiante de tercer año de la Escuela Nacional de Enfermería, Ciudad de Guatemala, enseña a un grupo de auxiliares de enfermería cómo se debe bañar a un niño.

cualitativa como cuantitativamente, al nivel necesario para que los países cuenten con buenos servicios. Cada país habrá de determinar si esas proporciones resultan adecuadas para cubrir sus necesidades y las medidas oportunas para contratar y adiestrar al personal de enfermería que se requiera. Es evidente que, para ello, habrá que tener en cuenta el ritmo con que pueden ampliarse los servicios de salud y los problemas que es preciso resolver.

Aunque en los últimos 10 años se ha venido dedicando especial atención al adiestramiento de mayor número de enfermeras de todas clases, los países continúan acusando una escasez de enfermeras diplomadas y debidamente preparadas. Además se observa en ellos una preocupación cada vez mayor por la calidad de los cuidados de enfermería. Esta preocupación se refleja en las encuestas llevadas a cabo para determinar la proporción de sus horas de servicio que las enfermeras dedican a la labor de enfermería propiamente dicha y la que dedican a funciones que muy bien podrían ser desempeñadas por personal menos capacitado. Uno de los estudios realizados reveló que el 50% de las horas de servicio de una enfermera se dedicaban a actividades distintas de las de enfermería, y otro 25%, aproximadamente, a administrar inyecciones a una sola clase de pacientes. Así pues, como las enfermeras diplomadas empleaban su tiempo en un solo problema, problema que hubiera podido atenderse de una manera menos costosa, otros servicios de salud del país en cuestión sufrían las consecuencias.

Las enfermeras diplomadas, a medida que vaya aumentando el número de las que asumen responsabilidades de carácter administrativo en la planeación de los servicios de enfermería, estarán en condiciones de sugerir, de acuerdo con los funcionarios de salud pública, soluciones apropiadas para los problemas de dotación de personal y prestación de servicios que no impliquen forzosamente un aumento de gastos.

La Organización, en su labor de desarrollo de los servicios de enfermería de salud pública en cooperación con las autoridades nacionales de salud, ha concedido especial importancia a la ampliación de dichos servicios y su extensión a los programas de higiene maternoinfantil, control de las enfermedades transmisibles, educación sanitaria, saneamiento del medio y nutrición.

En 1960, 20 enfermeras de salud pública prestaron servicios como consultoras en 15 países, de las cuales 16 estuvieron asignadas a proyectos de servicios integrados de salud pública, dos a proyectos de enfermería de salud pública y otras dos a programas de control de la tuberculosis.

También se dedica especial atención al mejoramiento de los cuidados de enfermería prestados a pacientes recién salidos del hospital, especialmente a las madres después del primer parto, a los niños convalecientes de alguna deficiencia nutricional o enfermedad transmisible, así como a los pacientes hospitalizados, sea cual fuere su edad y la enfermedad que padezcan.

Con el fin de hacer frente al primer problema, varios países han establecido un sistema por el cual los pacientes dados de alta de los hospitales quedan a cargo de los servicios de salud pública a los efectos de las visitas domiciliarias. Este sistema tiene además la ventaja, de que las familias de esos pacientes suelen cumplir mejor las instrucciones dadas por las enfermeras visitadoras. En consecuencia, estas visitas domiciliarias permitirán mejorar la labor en materia de control de las enfermedades transmisibles, nutrición e higiene maternoinfantil, además de asegurar la continuidad de la atención médica del paciente salido del hospital.

En cuanto al tercer problema, es decir, el mejoramiento de los servicios de enfermería en los hospitales, están en marcha planes encaminados a establecer una proporción adecuada de personal de enfermería necesario en relación al número de camas de hospital, y para determinar la clase de programas de adiestramiento durante el servicio que se requieren para mejorar la labor del actual personal de los hospitales.

Como son todavía muchos los países del Hemisferio que necesitan servicios de asesoramiento en enfermería de salud pública, la Organización ha elaborado planes para la celebración de dos seminarios regionales, uno de los cuales se ha proyectado para 1961. En estos seminarios, enfermeras que ocupan puestos principales en los servicios de salud pública y en hospitales, autoridades nacionales de salud y asesoras de la OPS/OMS examinarán los medios y procedimientos de conseguir personal debidamente preparado y servicios de enfermería de buena calidad.

El personal del Centro Rural de Salud de La Chorrera, Panamá, ofrece a las futuras madres atención prenatal e instrucción sobre el debido cuidado del niño en el hogar. En el Centro hay un servicio anexo de maternidad con 8 camas.

Educación sanitaria

La educación sanitaria consituye un elemento esencial de todo programa de salud pública. Para que el pueblo obtenga el máximo beneficio de los servicios de salud pública disponibles, es preciso, no sólo que los acepte, sino también que comprenda las razones por las que debe aceptarlos. La educación sanitaria ya no constituye una actividad limitada simplemente a difundir información por medios audiovisuales o de otra índole. Según el concepto actual, es todo un proceso en el que, con la ayuda del personal de los servicios de salud y de otros organismos interesados, los individuos y grupos de una colectividad intervienen activamente en la identificación de sus propios problemas de salud y en la elaboración de soluciones prácticas.

Hay también una conciencia cada vez mayor de la necesidad, no sólo de aplicar métodos y planes utilizados en otros países o zonas, sino de establecer programas de educación que se ajusten a las condiciones sociales y económicas del grupo interesado. Así pues, se viene dedicando mayor atención a la realización de estudios preliminares de las características culturales de la población que hay que atender. Estos estudios permiten planear servicios de salud pública que tengan en cuenta las posibilidades sociales y económicas a fin de mejorar el nivel de salud de una colectividad determinada.

Se acepta hoy, de un modo general, que todo el personal de salud pública tiene oportunidades de realizar una labor de educación sanitaria y, en consecuencia, debe recibir adiestramiento para aprovecharlas plenamente, y que hay, además, muchas otras personas que trabajan con grupos de la colectividad y tienen oportunidades similares. Esta ampliación de funciones en materia de educación sanitaria ha conducido a la incorporación del adiestramiento en esta esfera a cursos de estudios para agentes de los servicios de extensión agrícola, maestros de escuela, trabajadores sociales y otras personas que pueden influir en el comportamiento de la población a la que prestan servicio. También ha dado lugar a ciertos cambios en las funciones del especialista en educación sanitaria. La tendencia que actualmente predomina es la de utilizar la cooperación de este especialista en el planeamiento y ejecución de programas de adiestramiento en educación sanitaria para el personal encargado de los servicios educativos directos antes mencionados.

Siguiendo este criterio, 11 países de las Américas están desarrollando programas a largo plazo para la selección,

adiestramiento, asignación y supervisión de especialistas en educación sanitaria. La Organización ha colaborado también en varios de esos programas mediante la adjudicación de becas para cursar estudios posgraduados en el extranjero, el planeamiento de diversos aspectos de los programas de adiestramiento y la prestación de servicios consultivos. Estos programas han permitido mejorar cuantitativa y cualitativamente los servicios de educación sanitaria disponibles a nivel nacional, estatal y local. Por ejemplo profesionales que poseen el título de "Master" en salud pública con especialización en educación sanitaria son ahora jefes de los servicios de esta clase en nueve países; en otros cuatro están a cargo de programas especiales de salud, y en otros 13 países ocupan puestos principales a nivel estatal, regional o local. En Guatemala, el jefe del servicio nacional de educación sanitaria es también Director *ad honorem* de la escuela nacional de adiestramiento en salud pública.

La Organización está ampliando sus actividades en este campo. Por ejemplo, como parte de los proyectos de servicios integrados de salud pública, se ha facilitado adiestramiento en educación sanitaria a médicos, dentistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, sanitarios, personal auxiliar de saneamiento, matronas, maestros de escuela y trabajadores sociales.

En 1960 aumentó el número de consultores y se amplió el alcance de los servicios prestados por ellos. El consultor asignado al Centro Internacional de Adiestramiento en Erradicación de la Malaria de Jamaica formó también parte del grupo asesor de la OPS/OMS que trabaja en el programa de erradicación en aquel país.

El consultor asignado a la Oficina de la Zona II continuó prestando servicios de asesoramiento a Cuba, Haití, México y la República Dominicana, particularmente en la planeación a largo plazo de los servicios de educación sanitaria. Se prestó colaboración en materia de enseñanza de educación sanitaria a la Escuela de Salubridad de México, D.F., así como en el desarrollo de cursillos de preparación para el personal nacional y local de las campañas de control de la lepra y de la tuberculosis de dicho país. El consultor participó asimismo en una encuesta sobre las necesidades y recursos en esta materia en algunos de los nueve Estados comprendidos en el programa de servicios integrados de salud pública que México viene llevando a cabo con la cooperación de la Organización. También participó en el planeamiento y desarrollo de una discusión de mesa redonda, que duró una semana, sobre la enseñanza de la educación sanitaria en las escuelas de medicina, y trabajó con el personal del Hospital Infantil en un proyecto de investigaciones para determinar la eficacia de dicha educación en los programas de control de las diarreas en los niños lactantes.

Se proporcionaron asimismo servicios de asesoramiento al personal internacional del Centro Regional de Educación Fundamental para la América Latina (CREFAL), así como al Instituto Latinoamericano de Cine Educativo (ILCE)—proyecto conjunto del Gobierno de México y la UNESCO—en el establecimiento de normas para la producción de material educativo. El consultor cooperó también en el planeamiento y ejecución de programas de adiestramiento en educación sanitaria para sanitarios y personal auxiliar de enfermería en Cuba, Haití, y la República Dominicana; en la elaboración de planes para el adiestramiento de especialistas en educación sanitaria de Cuba y México y en las actividades de esta clase relacionadas con la campaña de erradicación de la malaria en todos los países de la Zona.

El consultor en educación sanitaria asignado al grupo asesor de la OPS/OMS del proyecto de servicios integrados de salud pública del Estado de Guanajuato, México, dedicó la mayor parte del tiempo a colaborar con el personal local en la tarea de conseguir la participación de la colectividad en las diversas actividades del proyecto, tales como las de saneamiento del medio, higiene maternoinfantil, abastecimiento de agua potable e higiene escolar. En relación con esta última actividad, se planearon programas de adiestramiento para maestros de escuelas rurales en el area de demostración, a fin de coordinar la educación escolar y de la colectividad en relación con la salud. Se dedicó especial atención a la preparación de material adecuado para esta labor educativa.

En los últimos meses de 1960, se comenzó a prestar servicios de asesoramiento en educación sanitaria en Cuba, asignándose un consultor al programa de servicios integrados de salud pública en dicho país. Ya están en marcha planes para la selección y adiestramiento de aspirantes a puestos de educación sanitaria. El adiestramiento de este personal en el país se llevará a cabo en cooperación con el Instituto Carlos Finlay, y los aspirantes que terminen satisfactoriamente estos cursos podrán seguir estudios posgraduados en el extranjero.

Se proporcionaron servicios consultivos a Costa Rica para analizar las necesidades, recursos y procedimientos aplicados en materia de educación sanitaria. Se estudiaron determinados departamentos del Ministerio de Salubridad Pública, servicios de extensión agrícola, escuelas públicas y centros locales de salud, y como resultado de este estudio se elaboró un plan con el Gobierno para intensificar el adiestramiento del personal y ampliar los servicios en ese campo.

El personal de la Oficina de Washington facilitó directamente servicios consultivos a las autoridades de salud pública de la Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Jamaica, Uruguay y Venezuela, respondiendo a solicitudes de colaboración en diversos aspectos de los planes de educación sanitaria, tales como los de educación en nutrición, abastecimiento de agua, erradicación de la malaria, adiestramiento de personal y formación de los maestros en educación sanitaria escolar.

CONTROL Y ERRADICACION DE ENFERMEDADES

Erradicación de la malaria

En 1960, el programa de erradicación de la malaria en las Américas prosiguió de conformidad con los planes generales establecidos, con ciertas modificaciones en el funcionamiento y algunas mejoras basadas en la experiencia obtenida durante estos últimos tres años y medio. Las actividades en Argentina, Bolivia, Colombia, México, Perú y Venezuela van progresando de manera satisfactoria; lo mismo puede decirse de las que se realizan en varios países de Centro América y en algunas islas del Area del Caribe.

El Gobierno de Haití pidió que se reanudaran las actividades de erradicación de la malaria que, por razones económicas, habían quedado detenidas durante cerca de dos años. En consecuencia, se llegó a un acuerdo para reactivar la campaña a principios de 1961. Se proporcionó asistencia técnica a Cuba, país que ya está llegando a la etapa final de la fase preliminar. Las campañas en los dos países citados vienen a completar el programa del Hemisferio.

La campaña en una parte considerable de México y de Jamaica pasó, durante el año, a la fase de consolidación.

La resistencia del vector al dieldrín y al DDT sólo planteó problemas en algunos sectores de cuatro países centroamericanos; por este motivo no se sabe todavía hasta cuándo tendrán que prolongarse después de la fecha originalmente prevista las operaciones de rociado en esta área. En la mayoría de las otras áreas, se ha experimentado un buen progreso desde que se cambió el empleo del dieldrín por el del DDT. Dificultades de carácter administrativo y financiero dificultaron el desarrollo de las campañas del Brasil, Panamá, Paraguay y la República Dominicana.

La Figura 6 presenta el estado de la campaña continental el 31 de diciembre de 1960.

Problemas entomológicos

La ampliación de las pruebas de susceptibilidad permitió definir mejor la resistencia a los insecticidas. Durante el año, se efectuaron 584 pruebas de dieldrín o de DDT, o bien de ambos productos, en 372 localidades. En 41 de estas localidades, las pruebas se practicaron en más de una especie de anofelinos. Los resultados obtenidos en áreas en que se hicieron nuevas pruebas fueron, casi sin excepción, similares a los de años anteriores. Las áreas resistentes continuaron mostrando aproximadamente el mismo grado de resistencia; las áreas anteriormente susceptibles continuaron presentando susceptibilidad, salvo una localidad del estado de Puebla, México, que había mostrado susceptibilidad al dieldrín en 1958 y que en 1960 presentó una resistencia moderada (30%) a ese insecticida.

Fig. 6. Erradicación de la malaria en las Américas, diciembre 1960.

Un entomólogo del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria de Panamá y su ayudante tienden una trampa con una luz interior que permanecerá encendida toda la noche. Los mosquitos capturados al ser atraídos por la luz, se recogerán a la mañana siguiente para estudiar la susceptibilidad.

En el Cuadro 9 se presentan, clasificadas por especies y por países, las pruebas de la resistencia a los insecticidas, descubierta por primera vez en 1960.

Como se observará en el Cuadro 9, sólo hubo seis casos de resistencia al dieldrín, en cuatro de los cuales esta resistencia fue muy ligera, y en los otros dos, las pruebas se refirieron únicamente a especies de menor importancia. En ninguno de los casos los resultados de las pruebas indicaron la necesidad de alterar el presente programa. En el nuevo caso de resistencia al DDT, el grado de la misma fue escaso, la especie resultó ser de menor importancia en el área y además el programa se va desarrollando de modo satisfactorio.

Se puede afirmar que el problema de la resistencia está actualmente bastante bien definido, y, dado el empleo casi universal del DDT, la resistencia sólo ofrece dificultades en grandes sectores de El Salvador y Nicaragua y en áreas más reducidas de Honduras y Guatemala. No existen pruebas, hasta el presente, de que el simple rociamiento de casas haya originado o aumentado la resistencia.

Los estudios efectuados por el Grupo de la OPS Encargado de las Pruebas de Insecticidas en El Salvador revelaron que: a) el *A. albimanus,* resistente al DDT, sólo había incrementado ligeramente la tolerancia al insecticida, que es cinco o seis veces mayor que la de los susceptibles, mientras que la resistencia de esta especie al dieldrín es de 100 a 200 veces mayor; b) los depósitos recientes de DDT—dos gramos por metro cuadrado—son sumamente mortales para los mosquitos resistentes y conservan esta propiedad durante varios meses en la mayoría de las superficies de las paredes. Los grupos de la OPS encargados de las pruebas de la resistencia a los insecticidas realizarán nuevos estudios a este respecto, pero según las pruebas actuales, el DDT puede emplearse todavía satisfactoriamente contra las cepas resistentes, en tanto no se descubran insecticidas mejores.

En Panamá se completaron las investigaciones de campo sobre la irritabilidad del mosquito en presencia del DDT, y en México se realizaron estudios de laboratorio. La influencia de la irritabilidad del mosquito en la destrucción de estos insectos obtenida con rociamientos de DDT necesita ser investigada en estudios minuciosamente controlados, algunos de los cuales se han proyectado para 1961.

Problemas epidemiológicos

Varios países están llegando ya a la situación en que se presentan muy pocos casos nuevos de malaria y, por tanto, el descubrimiento y la minuciosa investigación epidemiológica de estos casos va adquiriendo una importancia cada vez mayor.

En cuanto al descubrimiento de casos nuevos, se continuó dedicando especial atención a la organización de redes de puestos de notificación constituidos particularmente por colaboradores voluntarios. En países en que se procede a la búsqueda activa y pasiva de casos, resultó impresionante el excelente rendimiento de una red de puestos de notificación bien dirigida. Fueron, sin embargo, desalentadores los resultados obtenidos en los casos en que la escasez de

CUADRO 9. RESISTENCIA A LOS INSECTICIDAS DESCUBIERTA EN 1960

País	Departamento	Especies	Resistencia		Mes	Investigador
			Porcentaje	Número sometido a prueba		
		RESISTENCIA AL DIELDRÍN				
Colombia	Córdoba	*triannulatus*	55	150	Junio	Ferrer *et al*
	Intendencia del Meta	*darlingi*	2	100	Junio	Ferrer *et al*
Costa Rica	Puntarenas	*albimanus*	18	40	Octubre	Vargas y Pacheco
Ecuador	Guayas	*punctimacula*	7	100	Febrero	Orellana y Moreno
	Los Ríos	*pseudopunctipennis*	16	200	Diciembre	Arellano
Trinidad	Piarco	*neomaculipalpus*	65	99	Septiembre	Omardeen
		RESISTENCIA AL DDT				
Honduras	Atlántida	*punctimacula*	18	65	Octubre	Turcio y Ruiz

fondos impidió que se dispusiera de personal supervisor. En la parte del Apéndice relativa a la erradicación de la malaria en el Brasil se presenta un buen ejemplo de los resultados obtenidos por medio de la búsqueda activa de casos (véase pág. 123).

En cuanto a la investigación epidemiológica de casos y localización de brotes, aún puede hacerse mucho para mejorar la cantidad y calidad de la labor. Se encomendó a los asesores de los países que ensayaran diversos métodos de investigación. Estas experiencias están sirviendo de orientación para otras investigaciones a cargo de personal nacional e internacional.

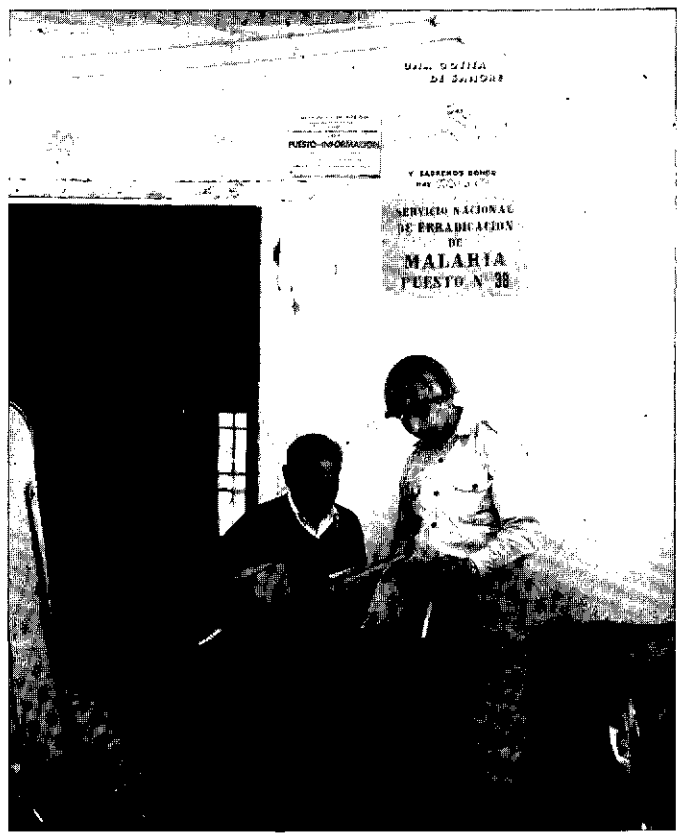
Problemas específicos

Migración de poblaciones

Uno de los problemas que se han puesto de manifiesto es el que plantea la migración estacional de trabajadores agrícolas. La migración interior fue el origen de un brote de malaria ocurrido en octubre de 1960, en Finca Mocá, Guatemala, y el mismo problema surgió en la parte meridional de Costa Rica. En el sector occidental de Venezuela y en varios otros países se presentan problemas derivados de la migración interior e internacional. Con objeto de resolver esta cuestión, se han celebrado seis reuniones de países que tienen fronteras comunes.

Las nuevas construcciones

Un estudio especial realizado a este respecto reveló que la continuación de la transmisión en Costa Rica estaba relacionada con la construcción de un importante número de casas en los períodos comprendidos entre los ciclos de rociamiento. Problema similar en relación con la nueva construcción se observó en proyectos de beneficio de tierras en otros países, entre ellos Guatemala y Honduras. Este



Un oficial médico del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria de Bolivia visita uno de los 1,462 puestos de notificación de la campaña.

CUADRO 10. ESTADO DE LA ERRADICACIÓN DE LA MALARIA EN LAS AMÉRICAS, 1960. PAÍSES CON PROYECTOS DE LA OPS

Proyecto	Area malárica (km²)	Población expuesta a la malaria (millares de habitantes)	Número de rociamientos		Operaciones de evaluación				Personal de la OSP a fin de 1960					Participación de	
					1959		1960								
			1959	1960	Placas examinadas	Positivas (porcentaje)	Placas examinadas	Positivas (porcentaje)	Médicos	Ingenieros	Entomólogos	Sanitarios	Otros	UNICEF	ICA
Argentina—8	246,800	2,134	57,995	173,008	21,868	5.0	96,629	2.1	—	—	—	—	—	X	—
Bolivia—4	842,018	908	286,827	271,032[a]	83,762	2.4	86,785	1.0	2	1	—	4	—	X	X
Brasil—24 (Federal)	7,222,792	33,719	...	[b]	...	...	[b]	[b]	—	1	—	—	—	—	X
Brasil—41 (São Paulo)	228,058			810,307	...	...	[b]	[b]	—	1	—	3	—	—	X
Colombia—5	1,026,433	9,000	2,394,957	2,355,434	329,288	1.3	480,001[a]	1.6	2	1	1	6	1	X	X
Costa Rica—2	31,526	381	112,162	131,942	52,536	3.6	67,643	3.0	1	—	—	2	—	X	—
Cuba—5	36,602	2,105	[c]	[c]	[c]		[c]		[f]	—	—	1	—	—	—
Ecuador—14	153,489	2,405	440,477	338,685[a]	98,977	5.9	119,636	7.4	1	1	—	3	—	X	X
El Salvador—2	19,300	1,900	556,360	567,263	71,295	24.6	75,381	13.3	1	1	—	2	2	X	—
Guatemala—1	80,380	1,610	631,998	697,557	108,048	7.3	129,741	2.6	1	1	—	3	—	X	X
Haití—4	19,098	2,833	[c]	[c]	[c]		[c]		1	—	—	2	—	X	X
Honduras—1	87,390	1,359	236,963	496,758	39,947	10.7	109,677	5.0	1	1	—	2	—	X	X
México—53	978,185	17,994	6,560,183	5,943,373	821,599	0.4	1,212,770	0.3	1	2	1	1	1	X	—
Nicaragua—1	127,199	1,411	424,575	469,554	38,966	4.8	74,119	10.2	1	1	—	2	1	X	X
Panamá—2	68,497	969	142,848	115,948	78,661	6.4	77,099	5.8	1	1	—	2	1	X	—
Paraguay—1	406,752	1,768	157,723	151,782[d]	11,379	5.6	47,045	2.5	1	1	—	2	—	X	X
Perú—5	943,228	3,131	619,944[e]		149,690	3.3	349,480	1.1	1	1	—	5	—	X	X
República Dominicana—2	39,219	2,446	393,896	309,716	28,721	13.0	20,311	20.2	1	1	—	3	—	X	—
Belice—1	22,965	90	22,526	31,008	11,307	9.0	13,307	1.5	1	—	—	1	—	X	—
Dominica—(WI—2)	152	10	3,442	3,823	2,801	1.6	6,151	0.1	—	—	—	—	—	X	—
Granada—(WI—2)	185	36	15,862	[f]	5,695	0.04	8,233	0	—	—	—	1	—	X	—
Guadalupe—1	1,067	197	...	...	...		...		—	—	—	—	—	—	—
Guayana Británica—5	209,790	65	[g]	[g]	[g]		[g]		1	—	—	—	—	X	—
Guayana Francesa—2	85,000	32	...	...	...		...		—	—	—	—	—	—	—
Jamaica—2	10,050	1,017	392,457	301,545[a]	39,726	0.9	184,534	0.1	1	1	—	2	1	X	X
Santa Lucía—(WI—2)	381	72	15,347	[h]	13,268	0.02	13,181	0	—	—	—	1	—	X	—
Surinam—1	143,000	202	92,468	72,444	46,687	6.2	45,396	2.2	1	—	—	2	—	X	—
Trinidad y Tabago—3	4,823	805	149,398	241,683	101,400	0.1	108,993	0.01	—	—	—	—	—	X	—
	Personal de la OSP asignado a programas AMRO que abarcan más de un país								6	2	7	2	10		

—Ninguno.

... No se dispone de datos.

[a] Once meses.

[b] Los procedimientos de recopilación han quedado ultimados recientemente y en breve se dispondrá de la información correspondiente a 1960.

[c] Programa en la fase preliminar.

[d] Diez meses.

[e] Rociamientos totales en las vertientes oriental y occidental y en el área fluvial, hasta octubre de 1960; el rociamiento empezó en diferentes áreas, entre mediados de 1959 y comienzo de 1960.

[f] Entró en 1960 en la fase de consolidación.

[g] No se dispone de información sobre rociamientos; el arma principal de ataque en el interior es la sal medicada.

[h] Entró en octubre de 1959 en la fase de consolidación.

problema ha sido abordado satisfactoriamente mediante la asignación permanente de rociadores a zonas de rápido crecimiento de población.

Problemas especiales

Uno de los acontecimientos más graves en 1960 fue la aparición, en la parte occidental de Venezuela y en el valle del Magdalena, en Colombia, de cepas de *P. falciparum* que no responden bien a la cloroquina. En algunos casos de malaria producidos por *falciparum* se mitigaron los síntomas después de la acostumbrada dosis de 1.5 gramos de cloroquina, pero hubo repetidamente recaídas al cabo de unos días o de unas semanas; en otros casos se manifestaron ataques clínicos poco después de recibir la dosis habitual de tratamiento colectivo de 450 ó 600 mgs., y en una ocasión, la administración de 1.5 gramos de la citada droga no logró mitigar los síntomas clínicos. La respuesta de cepa del valle del Magdalena a las dosis estándar de cloroquina fue nula o muy escasa. Conviene señalar que la resistencia de esta cepa es más bien relativa que absoluta, y que su aparición no ha sido muy extensa en Venezuela ni en Colombia.

La malaria del simio y la erradicación de la malaria

No se ha determinado todavía la importancia del nuevo hallazgo, realizado asimismo en el curso del año, de la transmisibilidad de una cepa de malaria del simio al hombre a través de los anofelinos. El *P. cynomolgi*, parásito de los monos rhesus, se había considerado como no patógeno para el hombre, hasta que en abril de 1960 ocurrieron accidentalmente unas infecciones en personal de laboratorio que trabajaba con una subcepa malaya, el *P. cynomolgi bastianelli*. Posteriormente, se logró la transmisión de un ser humano a otro y del hombre al mono, tanto por inoculación sanguínea como por picadura de mosquito. Actualmente se están llevando a cabo estudios intensivos en Malaya para determinar la prevalencia de cepas de infección cruzada, pero hasta ahora no se han encontrado pruebas que indiquen que éste o cualquier otro parásito de monos de especies inferiores constituyan una grave amenaza para la erradicación. Hasta ahora no se conoce en el Hemisferio Occidental ninguna forma de malaria del simio que sea transmisible al hombre.

Proyectos de investigaciones

Con objeto de resolver ciertas cuestiones todavía pendientes, se amplió el Grupo de la OPS Encargado de las Pruebas de los Insecticidas. Las actividades de este Grupo abarcan actualmente el ensayo de nuevos insecticidas para substituir al DDT, y el estudio de las dosis óptimas y de los ciclos de DDT. Para sede del Grupo y área principal de ensayos se eligió a El Salvador, porque en este país se encuentran mosquitos vectores susceptibles y resistentes al DDT. Se estableció otra unidad en Bolivia para realizar pruebas con otros vectores en condiciones distintas.

La unidad de El Salvador completó los estudios sobre las características de la resistencia al DDT y continuó estudiando la duración del efecto de los depósitos de DDT en diversas clases de paredes. No se pudo cubrir el puesto de jefe del Grupo hasta el mes de septiembre. Se elaboraron planes para establecer un nuevo laboratorio y nuevas áreas de estudios de campo.

La unidad de Bolivia empezó en julio a trabajar en Cochabamba, pero pronto tuvo que trasladar sus actividades a Santa Cruz, porque está más cerca de las fuentes de los principales mosquitos vectores, en todas las estaciones del año. En el mes de octubre se establecieron un insectario y un laboratorio y se contrató personal auxiliar local. La primera tentativa de colonizar *A. darlingi* no dio resultado, al parecer porque el agua de la ciudad es tóxica para las larvas. Se obtuvieron mosquitos adultos con larvas de *A. pseudopunctipennis*, pero no se ha logrado la fertilización. No tardará en disponerse de una provisión adecuada de mosquitos adultos para los estudios que ya se han planeado, y pronto se iniciará también el rociamiento de las áreas de estudio.

Se llevó a cabo un proyecto de investigaciones sobre la genética de la resistencia a los insecticidas en el *A. albimanus*, en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, en donde se mantuvieron colonias de cepas resistentes y susceptibles. Se observó que en estas especies, como en la mayoría de las demás sometidas a prueba, la resistencia al dieldrín es monofactorial y dominante.

Reuniones profesionales

En el año 1960 la Organización prestó su patrocinio o asistió a las siguientes reuniones profesionales relacionadas con la malaria: a) la Reunión Anual de Directores de Servicios de Erradicación de la Malaria de Centro América, Panamá y México (San Salvador, El Salvador, 16–21 de mayo); b) una reunión especial técnica de los Representantes de Zona y consultores de malaria de las Zonas II y III, junto con el personal de erradicación de malaria que presta servicio en la Sede (Ciudad de Guatemala, 23–26 de mayo); c) seis reuniones de coordinación interpaíses referentes a Surinam y la Guayana Francesa (8–9 de marzo); El Salvador, Guatemala y Honduras (21–22 de abril); México y Guatemala (3 de mayo); Argentina y Bolivia (11–12 de mayo); Colombia y Venezuela (8–10 de septiembre), y Perú y Bolivia (9–10 de noviembre). También se celebró una reunión especial de evaluación con el personal de la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo, de México, del 22 al 25 de noviembre.

La Organización participó asimismo en la reunión de Asesores Regionales en Malaria (30 de mayo-4 de junio) y en la del Comité Técnico de la OMS sobre Quimioterapia (14–19 de noviembre), celebradas en Ginebra.

La fiebre amarilla y la erradicación del *Aëdes aegypti*

Erradicación del *Aëdes aegypti*

Trece años han transcurrido desde que el Consejo Directivo (Buenos Aires, 1947) encomendó a la Oficina Sanitaria Panamericana el fomento y coordinación de las campañas de erradicación del *Aëdes aegypti* en las Américas. La Organización ha venido realizando todos los esfuerzos posibles, dentro de sus limitaciones presupuestarias, para cooperar con los países en la realización de sus programas. Han surgido dificultades y problemas, pero se han resuelto en tal medida que los resultados obtenidos hasta la fecha pueden considerarse satisfactorios.

En virtud de la Resolución IV de la XII Reunión del Consejo Directivo (La Habana, 1960), El Salvador fue declarado libre de *A. aegypti*; Colombia y Costa Rica terminaron las verificaciones finales que confirmaron la ausencia del vector en sus respectivos territorios, y en los Estados Unidos de América la zona receptiva de fiebre amarilla se redujo, al quedar eliminados de la misma los Estados de Carolina del Norte, Arizona, Nuevo México y la mitad occidental de Texas. En Argentina, Chile, México y Trinidad se ve próxima ya la erradicación del *A. aegypti*, y en Venezuela se han logrado progresos importantes a pesar de la extensa resistencia al DDT.

La lista de países y territorios que han erradicado el *A. aegypti* comprende, en la actualidad, Belice, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana Francesa, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y la Zona del Canal. Sin embargo, el problema del *A. aegypti* persiste en los Estados Unidos de América y ciertas áreas del Caribe, donde, por razones geográficas, administrativas y económicas ha sido imposible organizar actividades de erradicación. A continuación se presenta un resumen de la situación actual de la campaña de erradicación del *A. aegypti* en el Hemisferio.

Argentina. La campaña continúa desarrollándose desde 1953. Al principio, dificultades económicas retrasaron el trabajo, pero en los últimos años el Gobierno ha acelerado el ritmo de la campaña. El *A. aegypti* ha sido erradicado en las Provincias de Salta, Catamarca, Jujuy, Santiago del Estero, Tucumán, Misiones, Formosa, El Chaco y Corrientes, las cuales ocupan las zonas tropical y subtropical del país, donde las condiciones son muy favorables para el mosquito. Los trabajos van adelantando en las Provincias de Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos, La Rioja, San Juan, San Luis, La Pampa y Buenos Aires. Hacia el sur hay pocas áreas infestadas, ya que las condiciones ecológicas, particularmente la temperatura, son menos favorables para el desarrollo del vector. Existen fundadas razones para creer que el *A. aegypti* no se encuentra ya al sur del paralelo 35. Si esto se confirma, la zona que se suponía infestada cuando se iniciaron las actividades quedará considerablemente reducida y, por consiguiente, se acortará la duración de la campaña.

De las 2,894 localidades inspeccionadas desde el comienzo de la campaña, se encontraron infestadas 162; de éstas, 156 se consideran actualmente libres del mosquito, dos están todavía infestadas y en las cuatro restantes aún no se han hecho verificaciones. Hasta el momento actual, solamente se ha encontrado una infestación muy limitada en la ciudad de Buenos Aires. En 1960, se realizó la inspección en 375 localidades, 21 de las cuales quedaron sometidas a verificación y resultaron libres del vector. Una de las constantes preocupaciones de las autoridades sanitarias encargadas de la campaña, es la de mantener todos los puertos y aeropuertos internacionales de mucho tránsito libres del vector.

Colombia. Verificaciones recientes confirman la erradicación del *A. aegypti* en todo el país, inclusive la ciudad de Cúcuta, cerca de la frontera con Venezuela, donde en

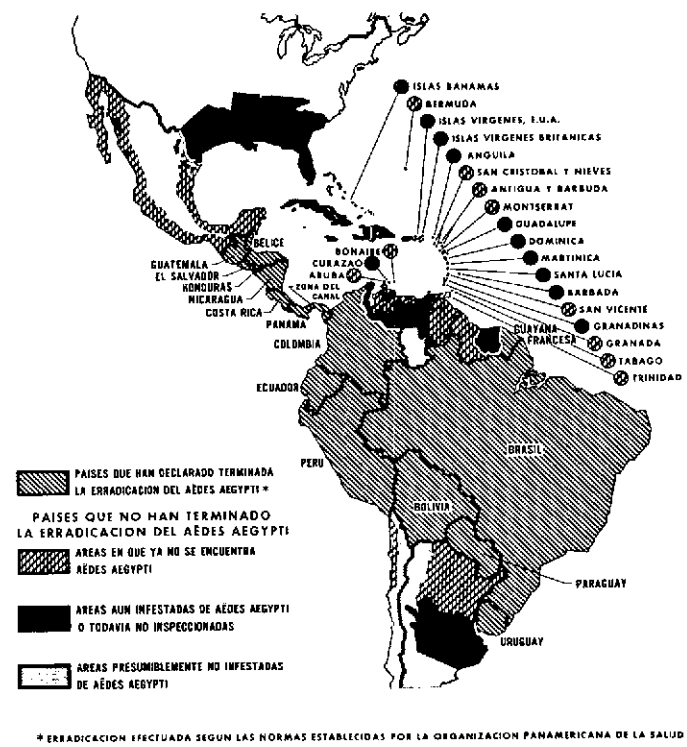


Fig. 7. Estado de la campaña de erradicación del *Aëdes aegypti*, diciembre 1960.

diciembre de 1959, se encontró una pequeña zona todavía infestada. Desde entonces, se han obtenido verificaciones negativas. De las 3,801 localidades que fueron comprobadas desde la iniciación de la campaña hasta diciembre de 1960, se encontró *A. aegypti* en 354, las cuales son actualmente negativas, de suerte que el país puede declararse libre del vector.

Costa Rica. En octubre de 1960 se terminaron las verificaciones realizadas por las autoridades sanitarias nacionales y el personal de la OSP. La investigación al respecto confirmó que no se había hallado *A. aegypti* en el país desde 1952.

Cuba. Salvo una pequeña faja costera, prácticamente deshabitada, y las regiones montañosas más elevadas, 100,000 Km^2 del territorio cubano ofrecen las condiciones más favorables para el desarrollo y propagación del *A. aegypti*, debido al clima, densidad de población y facilidades de transporte. Todos los centros urbanos y la mayoría de las localidades rurales de la isla deben considerarse fuertemente infestados por el mosquito.

La campaña comenzó en Cuba en 1954, pero se retrasó por razones presupuestarias. Cuando a principios de 1959 se pudo contar con los recursos necesarios, se puso en ejecución un nuevo plan de operaciones. Este plan facilitaba los medios necesarios para la erradicación del *A. aegypti* en un período de cuatro años aproximadamente. A fines de 1960, se llevaron a cabo inspecciones en 109 localidades, 90 de las cuales se encontraron infestadas; la verificación de un tratamiento posterior en 68 localidades indicó que 32 de las mismas continuaban siendo positivas.

En varios distritos de La Habana, el *A. aegypti* ha mostrado una decreciente susceptibilidad al DDT.

Chile. Encuestas realizadas a principios de 1960 en 289 localidades de las Provincias de Tarapacá, Antofagasta y Atacama indicaron la presencia de *A. aegypti* en dos localidades únicamente: Pica y Matilla, las cuales fueron sometidas a tratamiento en febrero. Las verificaciones primera y segunda, hechas en mayo y agosto, respectivamente, fueron negativas. La tercera verificación se dispuso para febrero de 1961 y, de resultar asimismo negativa, puede considerarse erradicado el mosquito de Chile.

Estados Unidos de América. En septiembre de 1960, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos notificó a la Organización que las encuestas efectuadas recientemente habían indicado que ya no había *A. aegypti* en los Estados de Arizona, Nuevo México, Oklahoma y Carolina del Norte. Por consiguiente, la zona receptiva a la fiebre amarilla se ha reducido considerablemente, pero sigue comprendiendo los Estados de Alabama, Arkansas, Carolina del Sur, Florida, Georgia, Hawaii, Luisiana, Mississippi, Tennessee; la parte de Texas situada al este de una línea que se extiende desde Del Río hasta Wichita Falls; Samoa Americana, Guam, islas Ryukyu, territorio en fideicomiso de las Islas del Pacífico, Islas Vírgenes, Isla de Wake, y Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

En Pensacola, Florida, se está llevando a cabo un proyecto experimental para erradicar el *A. aegypti*. Este proyecto se inició en noviembre de 1957 para obtener información sobre costos unitarios, métodos de trabajo y viabilidad de erradicar la especie en una zona metropolitana típica de la parte sudoriental de los Estados Unidos de América. El proyecto constituye un paso esencial en la adaptación del método perifocal de aplicación de insecticidas residuales—utilizado con tanto éxito en América Latina—a las condiciones tan distintas que existen en la parte continental de los Estados Unidos.

El 27 y 28 de septiembre de 1960, se celebró en Pensacola una Conferencia sobre la Erradicación del *Aëdes aegypti*, al objeto de estudiar la situación de dicho vector, con especial referencia al proyecto de Pensacola. En esta Conferencia resultó evidente que las tácticas de erradicación en la zona continental de los EE.UU., habrán de diferir de las empleadas en los países latinoamericanos. Las tres razones principales de esta divergencia son: 1) El *A. aegypti* no puede reproducirse durante la mitad del año aproximadamente, lo cual reduce considerablemente la labor de campo; 2) casi toda la reproducción del *A. aegypti* tiene lugar fuera de las casas, y 3) la existencia de una gran profusión de latas vacías y neumáticos de automóvil desechados que ofrecen al vector lugares ideales para su reproducción.

Cuando se hayan evaluado los resultados del proyecto experimental de Pensacola, será posible calcular el costo de la erradicación del *A. aegypti* en la zona continental de los Estados Unidos y en Puerto Rico.

Haití. Las condiciones ecológicas en el país son muy favorables al mosquito, cuya resistencia al DDT en la capital ha quedado confirmada. Debido a dificultades administrativas, la campaña ha estado en suspenso desde 1958.

Este es un criadero ideal de *Aëdes aegypti.*

México. La campaña de erradicación de la malaria ha contribuido grandemente a la eliminación del *A. aegypti* en extensas zonas del país. El área malárica coincide con el 80% del área que se supone infestada por el *A. aegypti*, cuya extensión total se ha estimado en un millón de kilómetros cuadrados, con 10 millones de habitantes y 2 millones de casas.

La ciudad de Mérida, infestada por *A. aegypti* desde tiempos remotos, ha tenido por primera vez la confirmación plena de que es negativa. En 1961, se efectuará una segunda verificación con la colaboración de la OSP. Todos los puertos mexicanos del Caribe y del Golfo de México son negativos. En la costa del Pacífico, los puertos de Mazatlán y Guaymas, que eran positivos en 1959, fueron sometidos en 1960, por primera vez, a un rociamiento casa por casa y la perspectiva es alentadora. Entre las localidades comprendidas en la campaña de erradicación de la malaria están las ciudades de Culiacán (Estado de Sinaloa) y Navojoa (Estado de Sonora), que se encontraron infestadas y recibieron su primer rociamiento anti-*aegypti* en 1960. En la parte septentrional del país, fue encontrado el *A. aegypti* en Nuevo Laredo y Ciudad Mier (Estado de Tamaulipas); en Sabinas, San José de Aura, Rodríguez, Escobedo y Progreso (Estado de Coahuila), y en China, Los Herreras y Marín (Estado de Nuevo León); todas estas localidades recibieron su primer rociamiento con DDT en 1960.

República Dominicana. Debido a limitaciones presupuestarias, los trabajos avanzan lentamente y todavía no ha sido posible iniciar las actividades en la capital. Evidentemente, la erradicación del *A. aegypti* en este país no sería difícil y podría conseguirse en un plazo razonable si se dispusiera de los medios necesarios.

Venezuela. Durante 1960, prosiguió la campaña, según lo planeado, en dos puntos muy separados pero estratégicos, el Distrito Federal y el Estado Táchira, fronterizo con Colombia, donde las actividades de la campaña de erradicación han quedado terminadas. En las zonas que han sido tratadas por el servicio antimalárico, se están llevando a cabo encuestas entomológicas para confirmar la negatividad respecto del *A. aegypti*.

En el Distrito Federal y en los Estados Miranda y Táchira quedaron terminadas las encuestas iniciales, que continúan realizándose en los Estados Aragua, Carabobo, Guárico, Mérida y Trujillo. De las 86 municipalidades y 827 localidades inspeccionadas en 1960, se encontró que estaban infestadas 25 de las primeras y 70 de las segundas. Dos municipalidades del Estado Guárico resultaron positivas, a pesar de haber recibido tratamiento antimalárico.

Se emplearon dos métodos de tratamiento, el rociamiento perifocal con DDT al 5% y el rociamiento intradomiciliario con 0.6 gramos de dieldrín por metro cuadrado de muro. La última técnica se utilizó debido a la resistencia del mosquito al DDT.

Guayana Británica. Las 95 localidades que quedaron libres de *A. aegypti* permanecen negativas y están sometidas a vigilancia.

Guayana Francesa. Este territorio quedó reinfestado en 1959, posiblemente por mosquitos procedentes de Surinam. Se encontró *A. aegypti* en Cayena, Sinnamary, Saint Laurent-

Tratamiento perifocal de un depósito de agua en las inmediaciones de unos modernos apartamentos (al fondo) para obreros en Caracas, Venezuela.

du-Maroni, la Leprosería de Acarouany, Kourou, Macouria y Rémire. Estas localidades fueron sometidas a tratamiento y en la actualidad son negativas.

Surinam. Una encuesta realizada en 1960, con la colaboración de la OSP, para determinar la zona infestada, puso de manifiesto una infestación general de índices elevados.

Area del Caribe. La dispersión geográfica de las islas y ciertos problemas administrativos plantearon serios obstáculos en las Antillas Menores.

Islas Bahamas. El Gobierno no pudo asignar suficiente personal a la campaña debido a dificultades financieras. Se ha demostrado que existe la resistencia del *A. aegypti* al DDT.

Islas Vírgenes Británicas. La campaña se inició en el primer trimestre de 1960, con la cooperación de la Organización. Los planes requieren el rociamiento de todas las casas.

San Cristóbal-Nieves-Anguila. San Cristóbal y Nieves son negativas. Anguila fue sometida a tratamiento una vez y se tiene en proyecto la verificación y un segundo tratamiento. Un consultor internacional residente en San Cristóbal dirige el programa en las islas vecinas.

Montserrat. En esta isla, negativa durante más de un año, el servicio de vigilancia descubrió, en el primer trimestre de 1960, un foco de reinfestación. Inmediatamente, se tomaron medidas para eliminarlo.

Antigua-Barbuda. Ambas islas son negativas y se encuentran bajo un servicio de vigilancia permanente.

Dominica. El Gobierno ha acordado realizar una encuesta, en colaboración con la Organización, al objeto de determinar el alcance de la infestación por *A. aegypti*. Esta encuesta constituirá el primer paso para una campaña de erradicación.

Santa Lucía. Tras un largo período de negatividad, se descubrió un foco cercano al puerto. Las autoridades locales adoptaron las medidas necesarias para remediar la situación y la isla es de nuevo negativa. El incidente indicó la necesidad de una estrecha vigilancia hasta el momento en que todas las islas vecinas sean negativas.

San Vicente. Todas las islas comprendidas en este grupo son negativas y están sometidas a vigilancia.

Granada. Esta isla es negativa. En Carriacou (Granadinas), donde persiste el *A. aegypti*, continuaron las operaciones de rociamiento.

Barbada. La campaña se ha retrasado por dificultades administrativas, y el problema de inspeccionar las casas vacías aún no se ha resuelto. Además, se ha descubierto la resistencia del *A. aegypti* al DDT.

Trinidad y Tabago. Las verificaciones realizadas hasta fines de 1960 indicaron resultados negativos en ambas islas.

Guadalupe. La campaña, iniciada en 1956, se encontró ante problemas administrativos y, en vez de lograr la cobertura total de la isla según lo proyectado, se ha limitado a la capital y sectores vecinos. Así pues, alrededor del 70% de las casas de la isla continúan aún sin tratamiento. También en este caso, el problema se ha complicado aún más por la resistencia del *A. aegypti* al DDT.

San Martín (Parte francesa). La verificación proyectada para fines de 1959 no se ha realizado hasta la fecha.

Martinica. Esta isla cuenta con un programa de control de insectos por medio del tratamiento periódico de las casas, pero continúa la infestación por el *A. aegypti*.

Antillas Neerlandesas. Aruba, Bonaire, Saba, San Eustaquio y San Martín continúan siendo negativas. Es probable que se logre la negatividad completa en Curazao, como resultado de las recientes mejoras en las operaciones de rociamiento.

Jamaica. Las operaciones continuaron en el sector de Mandeville, y se están estudiando los planes para una extensa campaña. La labor realizada en la campaña de erradicación de la malaria ha eliminado el *A. aegypti* en grandes zonas pero, a menos que se lleve a término el programa, pueden ser reinfestadas aquéllas, posiblemente por mosquitos resistentes al DDT, procedentes de los sectores vecinos positivos.

Fiebre amarilla

En 1960, se notificaron 48 casos de fiebre amarilla en las Américas. Todos ellos fueron de tipo selvático y ocurrieron en Bolivia, Brasil, Colombia, Perú y Venezuela. Durante el año, no hubo hallazgos epidemiológicos fuera de lo normal.

CUADRO 11. CASOS NOTIFICADOS DE FIEBRE AMARILLA[a] EN LAS AMÉRICAS, 1951–1960

Area	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Total	312	341	89	95	39	28	80	61	34	48
Bolivia	3	1	18	—	4	6	19	2	2	30
Brasil[b]	50	221	39	9	8	2	10	26	3	1
Colombia[b]	26	16	11	12	22	16	35	21	21	11
Costa Rica	180	93	5	—	—	—	—	—	—	—
Ecuador	42	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala[b]	—	—	—	—	—	—[c]	3	—	—	—
Honduras[b]	—	—	—	1	—	—[c]	—	—	—	—
Nicaragua[b]	—	7	8	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	3	1	—	—	—	1	4	—	—	—
Perú	4	1	—	26	—	—	3	6	5	4
Venezuela[b]	4	1	8	29	5	3	6	6	1	2
Belice	—	—	—	—	—	—	—[c]	—	—	—
Trinidad y Tabago[b]	—	—	—	18	—	—	—	—	2	—

[a] Fiebre amarilla selvática, con excepción de tres casos en Trinidad en 1954.

[b] Todos los casos confirmados por el laboratorio.

[c] Pruebas de la actividad del virus de la fiebre amarilla en vertebrados distintos al hombre.

—Ningún caso.

CUADRO 12. INFORME SOBRE LA CAMPAÑA DE ERRADICACIÓN DEL *Aëdes aegypti* EN LAS AMÉRICAS, DESDE SU INICIACIÓN HASTA DICIEMBRE DE 1960

Area	Fecha de iniciación	Ultimo informe disponible	Area inicial presumiblemente infestada (km²)		Localidades inspeccionadas					Estado actual
						Inicialmente positivas				
								Verificadas		
			Total	Inspeccionada (%)	Número	Total	Tratadas	Total	Aún positivas	
Argentina	junio 1953	dic. 1960	1,500,000	49.2	2,894	162	161	158	2	A
Bolivia	junio 1932	dic. 1956	100,000	100.0	282	65	65	65	—	E
Brasil	enero 1931	sept. 1959	5,358,822	100.0	270,588	36,119	36,119	36,119	—	E
Colombia	nov. 1950	dic. 1960	280,000	100.0	3,801	354	354	354	—	E
Costa Rica	abril 1949	oct. 1960	20,000	100.0	1,342	104	104	104	—	E
Cuba	marzo 1954	dic. 1960	100,000	1.0	109	90	90	68	32	A
Chile	junio 1945	ago. 1960	50,000	100.0	289	44	44	44	—	N
Ecuador	junio 1946	dic. 1960	69,454	100.0	2,824	337	337	337	—	E
El Salvador	abril 1949	dic. 1960	18,675	100.0	909	190	190	190	—	E
Estados Unidos	—	—	777,000	—	—	—	—	—	—	P
Guatemala	enero 1949	dic. 1960	36,423	100.0	2,485	138	138	138	—	E
Haití	oct. 1953	sept. 1958	27,750	49.4	2,379	605	602	435	27	I
Honduras	sept. 1949	dic. 1960	69,929	100.0	600	53	53	53	—	E
México	enero 1951	dic. 1960	1,000,000	91.5	1,908	595	591	575	3	A
Nicaragua	enero 1950	junio 1959	65,263	100.0	3,126	18	18	18	—	E
Panamá	feb. 1949	junio 1960	56,246	100.0	2,853	44	44	44	—	E
Paraguay	enero 1948	sept. 1960	200,000	100.0	1,561	98	98	98	—	E
Perú	enero 1940	dic. 1960	638,000	100.0	4,320	191	191	191	—	E
República Dominicana	oct. 1952	dic. 1960	42,020	80.4	1,413	353	353	219	45	A
Uruguay	oct. 1948	marzo 1960	187,000	100.0	1,020	133	133	133	—	E
Venezuela	junio 1948	dic. 1960	600,000	85.0	4,531	490	448	361	62	A
Estados Unidos										
Islas Vírgenes	—	—	124	—	—	—	—	—	—	P
Puerto Rico	mayo 1950	dic. 1960	8,896	61.8	481	248	248	248	116	A
Zona del Canal	1948	sept. 1960	1,432	100.0	21	2	2	2	—	E
Francia										
Guadalupe	enero 1957	oct. 1960	1,619	4.9	53	38	38	33	26	A
Guayana Francesa	mayo 1949	abril 1960	91,000	100.0	222	55	55	55	—	E
Martinica	nov. 1953	dic. 1958	1,813	100.0	132	95	8	8	6	I
Países Bajos										
Aruba	marzo 1952	dic. 1960	174	100.0	9	9	9	9	—	N
Bonaire	sept. 1952	sept. 1959	246	100.0	6	6	6	6	—	N
Curazao	oct. 1951	dic. 1960	448	100.0	155	155	155	155	3	A
Saba, San Eustaquio, San Martín	julio 1958	ago. 1959	60	100.0	34	30	30	30	—	N
Surinam	—	1960	143,000	...	7	6	—	—	—	P
Reino Unido										
Antigua	ago. 1954	dic. 1960	283	100.0	50	47	47	47	—	N
Bahamas	junio 1954	dic. 1960	11,396	1.3	13	11	11	11	9	A
Barbada	marzo 1954	dic. 1960	171	100.0	95	95	95	95	15	A
Belice	oct. 1950	marzo 1960	22,965	100.0	84	2	2	2	—	E
Bermuda	enero 1951	dic. 1951	53	100.0	59	9	9	9	—	N
Dominica	feb. 1951	oct. 1956	789	90.0	136	66	66	66	16	I
Granada	nov. 1952	julio 1959	311	100.0	8	8	8	8	—	N
Granadinas	nov. 1952	julio 1959	65	100.0	7	5	5	5	1	A
Guayana Británica	marzo 1946	dic. 1960	4,662	100.0	95	95	95	95	—	N
Islas Caimán	—	—	259	—	—	—	—	—	—	P
Islas Vírgenes	marzo 1960	dic. 1960	174	74.6	25	25	25	21	14	A
Jamaica	feb. 1950	dic. 1960	11,424	77.3	73	51	51	34	15	A
Montserrat	mayo 1956	dic. 1960	83	100.0	33	16	16	16	—	N
San Cristóbal-Nieves-Anguila	mayo 1950	nov. 1960	396	100.0	62	33	33	33	18	A
Santa Lucía	mayo 1953	oct. 1960	259	100.0	50	50	50	50	1	A
San Vicente	marzo 1953	marzo 1959	332	100.0	8	8	8	8	—	N
Trinidad y Tabago	enero 1951	dic. 1960	3,108	100.0	128	122	122	122	—	N
Islas Turcas y Caicos	—	—	83	—	—	—	—	—	—	P

P = preparatorio; A = en actividad; N = negativo de *A. aegypti*; E = erradicado el *A. aegypti*; I = programa interrumpido; — = cero; o sin movimiento; ... = no disponible.

La Organización continuó prestando ayuda económica y técnica al Instituto Carlos Finlay, de Bogotá, Colombia. El Instituto produce vacuna antiamarílica 17D, realiza estudios epidemiológicos relativos a la fiebre amarilla y otras infecciones por arbor virus y, desde 1957, viene dedicándose a estudios importantes sobre la administración de vacuna antiamarílica 17D sin refrigerar, por medio de la escarificación cutánea en lugar de administrarla por el método acostumbrado de inoculación subcutánea. Los primeros ensayos de vacunación "escarificada", realizados en condiciones ideales, dieron resultados casi perfectos y un ensayo más reciente hecho en San Vicente de Chucurí, Santander, Colombia, en condiciones de campo, dio un 95% de resultados satisfactorios. Este trabajo volvió a demostrar que la vacuna 17D puede utilizarse en zonas donde es imposible conseguir medios de refrigeración.

Los estudios de campo en San Vicente de Chucurí continuaron durante 1960. Hasta el 22 de diciembre, se habían aislado 22 cepas de virus procedentes de mosquitos: 10, de Mayaro; 4, de encefalitis equina venezolana; 3, de Ilheus; 2, de Bussuquara, y 3 aún sin identificar.

A fines de octubre, el Instituto había preparado 493,940 dosis de vacuna, de las cuales 294,680 se expidieron a:

Aruba	750
Cuba	5,000
Curazao	1,050
Chile	2,200
Ecuador	10,000
Guayana Británica	6,060
Jamaica	500
México	62,000
Panamá	3,300
Perú	80,510
Venezuela	123,310

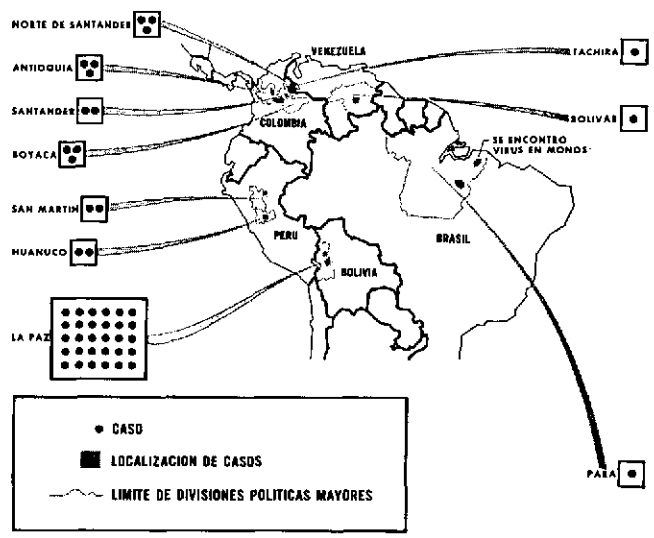


Fig. 8. Casos notificados de fiebre amarilla selvática en las Américas, y sitio, por divisiones políticas mayores de cada país, 1960.

Durante el mismo período, 110,003 dosis de vacuna fueron administradas en Colombia.

La Organización continuó colaborando con el Instituto Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro, el cual, como el Instituto de Bogotá, ofrece vacuna 17D y servicios de diagnosis gratis a los países de las Américas. En 1960, el Instituto Oswaldo Cruz preparó 4,667,200 dosis de vacuna antiamarílica, de las cuales se suministraron por conducto de la OSP, las cantidades que se citan a los siguientes países: Portugal, 40,000 dosis; Venezuela, 300,000, y Bolivia, 50,000. En Brasil, se utilizaron 2,575,400 dosis durante el año. Las existencias almacenadas en el Instituto ascendían, a mediados de diciembre, a 3,594,200 dosis.

Viruela

Los Cuerpos Directivos de la Organización, han expresado constantemente su interés por el problema de la viruela y en repetidas ocasiones han puesto de relieve la urgente necesidad de erradicar esta enfermedad y han encomendado a la Oficina que coordinara las actividades de los países para alcanzar el objetivo de la erradicación en escala continental. También solicitaron que aquélla realizase los estudios necesarios a fin de establecer una definición de la erradicación que pueda ser aplicada uniformemente en los distintos países.

Una definición de esta naturaleza debe ser de aplicación universal, de modo que exista un solo criterio para determinar cuándo la viruela ha quedado erradicada de un país. La elaboración de una definición adecuada ha requerido más tiempo del que se había previsto, porque hubo que consultar con personas autorizadas en diversos países, además del intercambio de opiniones y puntos de vista entre la OPS y la OMS.

Como resultado de estas consultas, la Oficina ha sometido a la consideración de la OMS la siguiente definición pro-

visional:

Desde un punto de vista práctico, los países en que la viruela ha tenido carácter endémico, podrán considerar erradicada esa enfermedad cuando no ocurran nuevos casos de viruela durante los tres años consecutivos subsiguientes a una campaña adecuada de vacunación.

Si bien las condiciones particulares de los distintos países pueden determinar cambios en el método de conducir los programas de vacunación, se acepta generalmente que la vacunación correcta del 80% de cada uno de los sectores de la población, dentro de un período no mayor de cinco años, da como resultado la desaparición de la viruela.

Los países que han erradicado la viruela deberán adoptar medidas para mantener esa erradicación, sea mediante un programa permanente de inmunización, sea por la aplicación combinada de medidas de aislamiento e inmunización en caso de que la enfermedad sea reintroducida en el país. Se recomienda a los países sometidos a un alto riesgo de introducción de la viruela—por ejemplo, cuando la enfermedad es endémica en los países vecinos—que traten de mantener un nivel adecuado de inmunidad en la población por medio de a) vacunación de los nuevos miembros de la población (recién nacidos e inmigrantes), y b) revacunación periódica de los sectores de población más expuestos.[1]

El Cuadro 13 muestra la distribución geográfica y por año de los casos de viruela notificados a la OSP en el período 1949–1960.

México, Perú y Venezuela, no han notificado casos de viruela en años recientes. En Chile se registró un caso autóctono en 1959, a consecuencia de casos importados. En Bolivia, Colombia y Paraguay, el número de casos notificados ha ido disminuyendo hasta el punto de que, en 1960, en Bolivia no hubo más que un caso, Colombia acusó una reducción considerable, y en Paraguay solamente se registraron 35 casos, todos ellos en grupos indígenas nómadas. Estos resultados se deben a las intensas campañas llevadas a cabo en dichos países.

En Centro América y el Area del Caribe no han ocurrido casos de viruela en los últimos siete años, con excepción de Panamá, donde en 1958 se presentó un brote de ocho casos en una población fronteriza con Colombia. Sin embargo, en muchos de estos países y territorios, el número de vacunaciones efectuadas es relativamente reducido y, por tanto, grandes sectores de la población son susceptibles a la enfermedad.

En 1960, Ecuador y Brasil continuaron registrando las cifras más elevadas correspondientes a la viruela. En ambos países la enfermedad tiene carácter endémico, con frecuentes brotes epidémicos. La solución del problema de la viruela en esos países es fundamental para el éxito del programa de erradicación de la enfermedad en las Américas.

La Organización continuó colaborando con los Gobiernos Miembros en el planeamiento de programas de erradicación

[1] *Documento Oficial de la OPS* 36, 301.

CUADRO 13. CASOS DE VIRUELA NOTIFICADOS EN LAS AMÉRICAS, 1949–1960

Area	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Total	18,352	21,485	9,221	9,301	8,930	11,979	8,348	6,389	6,220	4,343	4,702	4,756
Argentina	1,609	4,788	1,404	982	309	256	55	86	335	27	36	64
Bolivia	805	594	728	432	429	624	372	499	1,310	183	7	1
Brasil[a]	670	706	1,190	1,668	923	1,035	2,580	2,385	1,411	1,232	2,524	2,278[b]
Colombia	3,040	4,818	3,844	3,235	5,526	7,203	3,404	2,572	2,145	2,009	950	171
Cuba	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chile	4	3,414	47	15	9	—	—	—	—	—	1	—
Ecuador	664	251	174	665	708	2,516	1,831	669	913	863	1,184	2,188
Estados Unidos de América	49	39	11	21	4	9[c]	2[c]	—	1[c]	—	—	—
Guatemala	4	10	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—
México	1,060	762	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8[d]	—	—
Paraguay	179	304	282	797	770	207	57	132	103	21	—	35
Perú	6,305	3,612	1,218	1,360	172	115	—	—	—	—	—	—
Uruguay	9	3	—	16	7	1	45	42	2	—	—	19[e]
Venezuela	3,951	2,181	280	109	72	13	2	4[f]	—	—	—	—
Antillas Neerlandesas	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guayana Británica	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Martinica	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—

[a] Datos correspondientes al Distrito Federal y a las capitales de los Estados.

[b] Datos del Estado de Guanabara, así como de los seis meses correspondientes al Estado de Río Grande do Sul y a las capitales de otros Estados.

[c] Estos casos no reúnen los requisitos propios del criterio generalmente aceptado para un diagnóstico de viruela.

[d] Incluyendo cuatro casos importados.

[e] Incluyendo los casos importados.

[f] Diagnóstico clínico sin evidencia epidemiológica.

—Ningún caso.

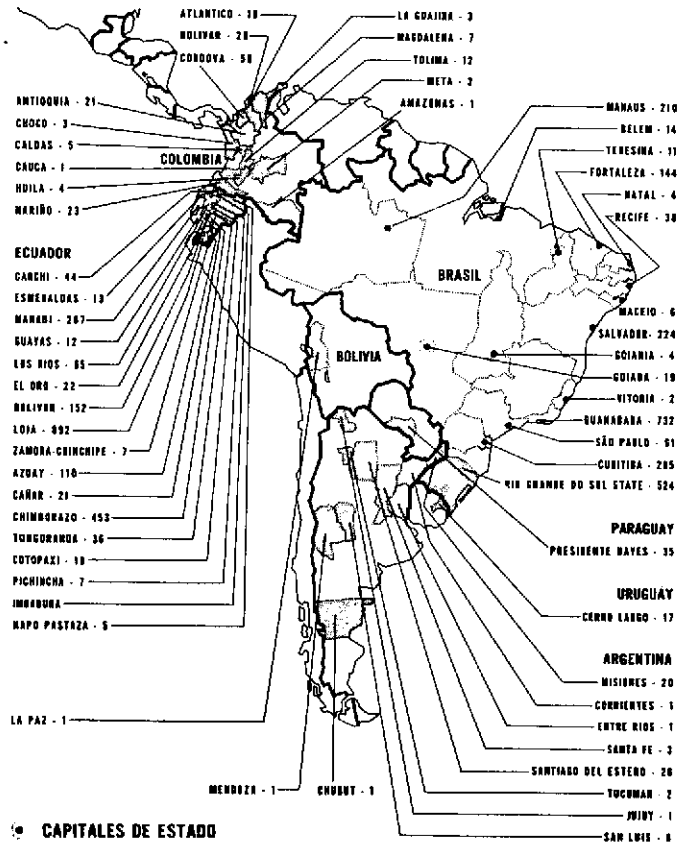


Fig. 9. Casos de viruela notificados en las Américas, por divisiones políticas mayores de cada país, 1960.

de la viruela basados en campañas de vacunación que puedan incorporarse oportunamente a la estructura general de los servicios nacionales de salud pública. Se proporcionó asesoramiento técnico en la producción de vacuna antivariólica y se suministró equipo para la preparación de vacuna desecada. En otros casos, se facilitó la adquisición de vacuna lista para su uso, se proporcionaron los servicios de consultores especializados en el desarrollo de campañas de vacunación y se concedieron becas para el adiestramiento del personal nacional. Ha facilitado igualmente a los Gobiernos los servicios de un laboratorio acreditado para determinar la pureza y actividad de las vacunas preparadas por los laboratorios nacionales.

El Cuadro 14 presenta la información más reciente recibida por la Oficina sobre las vacunaciones efectuadas en 1960, y el Cuadro 15 la correspondiente a la producción de vacuna durante el mismo año.

En Bolivia, después de los importantes brotes de viruela ocurridos en 1957, se inició un programa de vacunación con el propósito de inmunizar, como mínimo, al 80% de la población del país. El programa comprendía una fase de ataque, durante la cual debían vacunarse los centros de mayor población accesibles por carreteras o ferrocarril; otra

Cuadro 14. Número de vacunaciones antivariólicas notificadas en las Américas, 1958–1960

Area	1958	1959	1960
Argentina	751,591	1,280,486	1,608,597
Bolivia	2,432,186	422,945	42,603
Brasil	4,139,772	7,856,294	4,910,091
Colombia	2,557,615	2,643,381	1,988,368
Costa Rica	25,395	15,820	14,657
Cuba	7,996	25,083	38,635[a]
Chile	628,325	2,778,686	1,276,000
Ecuador	301,112	546,667	507,361
El Salvador	43,620	32,818	29,383
Guatemala	99,200	34,428	58,160
Haití	443,119	—[b]	441
Honduras	32,328	12,824	17,843
México	3,089,701	5,287,714	3,637,334
Nicaragua	10,108	10,521	8,803
Panamá	48,610	33,108	24,835
Paraguay	594,003	589,316	122,897
Perú	1,273,017	824,100	884,392[c]
República Dominicana	4,511	5,027	26,057
Uruguay	102,054	87,324	214,360
Venezuela	862,585	1,060,850	920,969
Antigua			1,859
Barbada			10,741
Belice			4,050
Curazao			3,665
Granada			3,402
Jamaica			79,060
Martinica			14,094
Montserrat			1,204
San Cristóbal-Nieves-Anguila			3,300
Surinam			3,665
Trinidad y Tabago			3,839

[a] Datos incompletos.
[b] No se notificó vacunación alguna.
[c] Hasta octubre de 1960.

de consolidación, en la que se vacunaría al resto de la población del país, y otra final, de mantenimiento y vigilancia. Al terminar la primera etapa, desarrollada durante 1957 y 1958, se habían vacunado 2,432,186 personas, lo que representa el 76% de la población total del país. La segunda fase sólo se completó parcialmente, ya que queda un importante número de provincias, con una población de 660,000 habitantes, aproximadamente, donde no se ha alcanzado todavía el nivel de inmunización deseado. Pese a esta circunstancia, el éxito logrado ha sido grande, pues sólo se registraron siete casos de viruela en 1959 y uno en

CUADRO 15. PRODUCCIÓN NOTIFICADA DE VACUNA ANTIVARIÓLICA EN LAS AMÉRICAS, 1958–1960

País	1958		1959		1960	
	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada
Argentina	6,500,000	83,000	4,099,400	60,000	6,600,000	
Bolivia		37,000		543,800		310,000
Brasil	8,196,555		17,217,090		11,792,304	889,700
Colombia	2,125,800	4,087,980		4,511,600		2,473,240
Cuba	180,000		210,000		1,360,000	
Chile	862,500	885,000	7,850,000	1,310,000	960,000	530,000
Ecuador	161,830	337,900		1,210,820		1,055,740
El Salvador	210,000		50,000		60,300	
Guatemala	92,345		230,900		484,400	
Honduras	31,100		20,200		20,200	
México	8,819,023		20,859,300		10,477,800	
Nicaragua	35,880		15,100		15,300	
Perú	932,100		1,029,400	2,029,400	563,465	1,362,300
Uruguay	2,100,000		1,726,700		1,982,000	68,500
Venezuela	6,000,000	200,000	4,751,000	217,000	3,925,000	316,000

1960. Por razones de orden económico, hubo que interrumpir el programa en 1959. Es preciso reanudar urgentemente las actividades de vacunación antivariólica, pues de lo contrario se corre el riesgo de perder las ventajas conseguidas hasta ahora. La Administración de Cooperación Internacional (ICA) de los Estados Unidos de América ha colaborado activamente en el programa. El laboratorio de preparación de vacuna desecada, cuyo equipo fue proporcionado por la Organización, produjo 543,800 dosis en 1959 y 310,000 en 1960. El número de vacunaciones en este último año llegó a 42,603.

Argentina notificó 64 casos de viruela en 1960, la mayoría de los cuales ocurrieron en las zonas norte y central del país. El Gobierno Nacional y los respectivos Gobiernos Provinciales cooperan en un programa de vacunación iniciado en 1960, con el propósito de inmunizar al 80% de los habitantes en 11 provincias. En el curso del año se vacunaron 1,608,597 personas. La producción de vacuna antivariólica glicerinada ascendió, en el mismo año, a 6,600,000 dosis. En 1961 se espera extender el programa a otras cuatro provincias.

La viruela sigue siendo un serio problema de salud pública en el Brasil. En 1960 se notificaron 2,278 casos, en el Distrito Federal y las capitales de los Estados. La Organización ha proporcionado equipo de laboratorio para la producción de vacuna desecada a los Estados de Río Grande do Sul y Pernambuco, así como al Instituto Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro. También concedió una beca a un oficial médico para visitar centros de producción de vacuna desecada en los Estados Unidos de América y en Europa. En 1960, la producción de vacuna glicerinada ascendió a 11,792,304 dosis, y la de vacuna desecada a 889,700. El número de vacunaciones antivariólicas efectuadas fue de 4,910,091.

En Chile, el programa normal de vacunación está a cargo de los servicios locales de salud pública. Durante el período de 1955 a 1959, se vacunaron 6,123,409, lo que representa el 82% de la población del país, calculada el 30 de junio de 1959 en 7,465,000 habitantes. El programa consiste en la vacunación de los lactantes e inmigrantes y la revacunación, cada cinco años, del 20% de la población. En 1960 se vacunaron 1,276,000 personas. El laboratorio de producción de vacuna antivariólica del Instituto Bacteriológico, al cual la Organización proporcionó equipo adicional en 1958, preparó 960,000 dosis de vacuna glicerinada y 530,000 dosis de desecada en 1960.

En Colombia, al cabo de cinco años de actividades del programa de erradicación de la viruela, se había logrado vacunar hasta octubre de 1960, a 9,500,143 personas en campañas, casa por casa, desarrolladas en el Distrito Especial de Bogotá, en los Departamentos de Antioquia, Boyacá, Caldas, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Chocó, Huila, Nariño, Norte de Santander, Santander, Tolima y Valle, en el Distrito Territorial de Caquetá y en los Distritos Especiales de Amazonas y Putumayo. Durante ese período, la OSP proporcionó los servicios de un consultor permanente y de otro temporal para colaborar con las autoridades nacionales en el desarrollo del programa y en la producción de vacuna desecada, y adjudicó también becas a tres profesionales para cursar estudios en el extranjero. Se completaron las campañas de vacunación en las zonas fronterizas con Ecuador, Perú y Brasil. No ha comen-

zado todavía la vacunación en tres departamentos, dos territorios y cinco distritos especiales, con una población total de 1,323,559 habitantes, pero es posible que se lleve a cabo durante el primer semestre de 1961 si la labor prosigue al ritmo actual.

La campaña está bajo la dirección inmediata de un coordinador nacional y tres médicos de zona. Se ha organizado un servicio cuidadoso de notificación de casos, y todos los que ocurren en zonas vacunadas reciben la visita de dichos médicos con el objeto de confirmar el diagnóstico a base de las pruebas clínicas y epidemiológicas, así como por exámenes de laboratorio siempre que es posible. El Instituto Samper Martínez produjo 4,511,600 dosis de vacuna desecada en 1959 y 2,473,240, en 1960. El número de casos de viruela notificados en 1960 ascendió a 171. El UNICEF proporcionó el equipo de laboratorio para la producción de vacuna desecada.

En Cuba se produce vacuna glicerinada suficiente para atender a las necesidades del país, así como una pequeña cantidad de vacuna desecada. La Organización ha proporcionado el equipo necesario para la producción de esta última vacuna en mayor cantidad. El Gobierno ha ofrecido 500,000 dosis de vacuna glicerinada para el programa regional y ha anunciado otra aportación de dos millones de dosis para el programa mundial patrocinado por la OMS. La producción de vacuna glicerinada en 1960 ascendió a 1,360,000 dosis.

La viruela constituye un grave problema de salud pública en el Ecuador; en 1959 se notificaron 1,184 casos y 2,188 en 1960. El programa se inició en 1958 con el propósito de vacunar al 80% de la población en un plazo máximo de cinco años. Hasta diciembre de 1960 se habían efectuado 1,355,140 vacunaciones. La campaña se ha venido desarrollando de una manera muy irregular, con interrupciones frecuentes y prolongadas, debido principalmente a problemas administrativos y económicos. El número de vacunaciones practicadas hasta ahora no llega al nivel fijado como objetivo para este período de tres años.

Además de proporcionar equipo de laboratorio para la producción de vacuna desecada, y siete vehículos para el transporte del personal, la Organización ha facilitado los servicios de un consultor permanente. El Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez elaboró 1,210,820 dosis de vacuna desecada en 1959 y 1,055,740 en 1960. Las vacunaciones efectuadas en 1960 ascendieron a 507,361.

En Haití se inició un programa de vacunación antivariólica en 1957 que, por razones de orden administrativo tuvo que ser interrumpido en 1958. En 1960 sólo se practicaron 441 vacunaciones antivariólicas.

En México no han ocurrido casos de viruela desde 1952, y se mantiene un elevado nivel de inmunidad mediante la vacunación regular efectuada por los servicios locales de salubridad. La Organización proporcionó equipo y los servicios de un consultor especializado, para la producción de vacuna desecada en gran escala. México anunció en la 12ª Asamblea Mundial de la Salud que ponía a disposición de la OMS cinco millones de dosis de vacuna glicerinada para el programa mundial de esa Organización. La reserva de vacuna glicerinada en dicho país, el 31 de diciembre de 1960, era de 13,805,700 dosis.

En septiembre de 1957 se inició en el Paraguay un programa con la finalidad de vacunar, por lo menos, al 80% de la población en tres años. En febrero de 1960 se dio por terminada la campaña, habiéndose inmunizado a 1,462,904 personas, lo que representa el 86.7% de la población estimada al 30 de junio de 1959. Del total de vacunaciones efectuadas, 235,478, o sea, el 16%, fueron primovacunaciones. En la campaña se utilizó vacuna glicerinada producida en el Uruguay, habiéndose empleado la técnica de multipresión y el método de vacunar a numerosas pequeñas concentraciones de población. El mantenimiento de un adecuado índice de inmunidad ha quedado a cargo de los servicios ordinarios de salud pública, los que, hasta fines de año, habían efectuado 32,858 primovacunaciones y 68,141 revacunaciones.

En el segundo semestre de 1958 y durante 1959 no se registraron casos de viruela en el Paraguay. En 1960 se notifi-

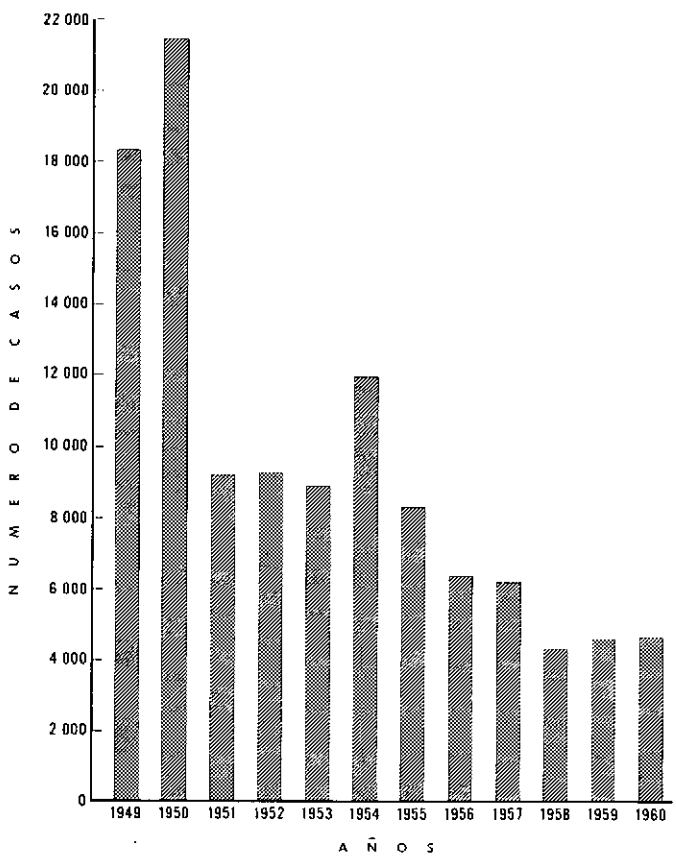


Fig. 10. Número total de casos de viruela notificados por los países de las Américas, 1949–1960.

caron 35 casos, todos ellos ocurridos en grupos indígenas nómadas que no pudieron ser localizados en los sectores selváticos del país durante la campaña de vacunación. No se registraron casos secundarios, pese a que hubo oportunidad de que se infectaran otras personas, lo que viene a demostrar la eficacia de la vacuna utilizada en la campaña y la técnica correcta con que se aplicó.

En el Perú, la Organización colaboró en la campaña de erradicación de la viruela que comenzó en octubre de 1950 y abarcó a 7,672,892 personas, lo que representa el 87% de la población del país. El resultado de esta bien organizada campaña queda demostrado por el hecho de que no han ocurrido casos desde diciembre de 1954. Hasta fines de octubre de 1960, se habían practicado 884,392 vacunaciones. Se produjeron 563,465 dosis de vacuna glicerinada y 1,362,300 de desecada.

En el Uruguay ocurrieron 19 casos de viruela durante 1960, incluidos 2 casos importados. En el mismo año se vacunaron 214,360 personas. El laboratorio de la Municipalidad de Montevideo produjo 1,982,000 dosis de vacuna glicerinada y, con el equipo proporcionado por la Organización, elaboró las primeras 68,500 dosis de vacuna desecada.

En Venezuela se realizó una campaña nacional de vacunación antivariólica, habiéndose logrado, que desde 1957 no hayan ocurrido casos de esta enfermedad en el país. Con el fin de consolidar los resultados obtenidos, el programa de vacunación antivariólica ha sido incorporado a los servicios generales de salud pública. En 1960 se produjeron 316,000 dosis de vacuna desecada y 3,925,000 de glicerinada. La Organización suministró el equipo para la producción de vacuna desecada. En el curso del año se vacunaron 920,969 personas.

La relación que antecede indica que los progresos conseguidos en los programas de erradicación de la viruela en las Américas varían considerablemente de un país a otro; en tanto que un importante grupo de ellos han logrado ya el objetivo de eliminar la enfermedad y otros ya están cerca de alcanzar este ideal, quedan todavía países donde persiste la viruela y en los que es preciso iniciar inmediatamente campañas de erradicación. También es altamente conveniente que en aquellos países en que los programas de erradicación se vienen prolongando indefinidamente y en los que se registra una incidencia muy elevada de la enfermedad, se preste amplia y decidida ayuda a esta clase de actividades.

Los focos de viruela que aún quedan en el Continente no sólo constituyen un problema de salud pública para los países que los sufren, sino que además representan un constante peligro y preocupación para los que, gracias a su constancia, esfuerzo y espíritu de solidaridad continental, están ya libres de la enfermedad.

Peste

La peste es enzoótica en la Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Estados Unidos de América, Perú y Venezuela y, por consiguiente, constituye una constante amenaza para los seres humanos. En 1960, todos los países antes mencionados, salvo Argentina y Venezuela, notificaron casos de peste selvática pero, como en años anteriores, todas las ciudades y puertos importantes del Hemisferio permanecieron libres de la enfermedad. El Cuadro 16 indica el número de casos de peste notificados en las Américas durante el período 1956–1960. La Figura 11 muestra los casos notificados en 1960 y su localización, por divisiones administrativas principales de cada país.

Con motivo del brote de peste ocurrido en la zona fronteriza entre Perú y Ecuador, la Oficina facilitó a los Gobiernos de ambos países los servicios de un consultor, quien hizo un estudio de la situación y recomendó la adopción de determinadas medidas de control.

En 1960, ocurrieron 139 casos de peste humana en Perú; 132 casos y 48 defunciones en la Provincia de Piura, y 7 casos y una defunción en la de Cajamarca. La mayoría de los casos ocurrieron durante el primer semestre del año. En Ecuador hubo 35 casos y 5 defunciones en la Provincia de Chimborazo, 5 casos en la de El Oro y 37 casos y 9 defunciones en la de Loja.

En 1960 se efectuó un estudio epidemiológico del problema de la peste en Venezuela, donde la enfermedad se encuentra reducida actualmente a una pequeña zona limítrofe entre los Estados Aragua y Miranda. En dicha zona, la peste aparece esporádicamente en el hombre y con más regularidad en los roedores silvestres, varias de cuyas especies están infectadas, en especial el *Sigmodon hispidus* y el *Heteromys anomalus anomalus*.

Los puertos y ciudades de Venezuela que antes estaban infectados, se encuentran ahora libres de la enfermedad; los brotes registrados desde 1939 han ocurrido en zonas rurales. Si bien la incidencia en el hombre ha disminuido a medida

CUADRO 16. CASOS DE PESTE NOTIFICADOS EN LAS AMÉRICAS, 1956–1960

País	1956	1957	1958	1959	1960
Argentina	—	—	1	—	—
Bolivia	3	—	—	—	12
Brasil	4	37	25	16	28
Ecuador	80	79	22	40	77
Estados Unidos de América	1	1	—	4	2
Perú	24	37	49	33	139
Venezuela	3	—	—	—	—

—Ningún caso notificado.

que iba en aumento el tipo silvestre de la enfermedad, muchos de los brotes registrados desde 1943 han acusado una incidencia focal y simultánea en la aparición de los casos. Este hecho indica la existencia anterior de la infección en la fauna doméstica o peridoméstica.

El origen más probable de la peste humana doméstica es el *Rattus rattus* infectado. Este roedor existe en todos los alojamientos rurales y es el más constante, y con frecuencia el único animal susceptible a la peste.

La campaña contra la peste en Venezuela está bien orientada. Se basa en la continua vigilancia para descubrir casos humanos y animales de la infección, en la desinfestación periódica de las viviendas, y en la aplicación de medidas contra las ratas donde las condiciones locales lo permiten.

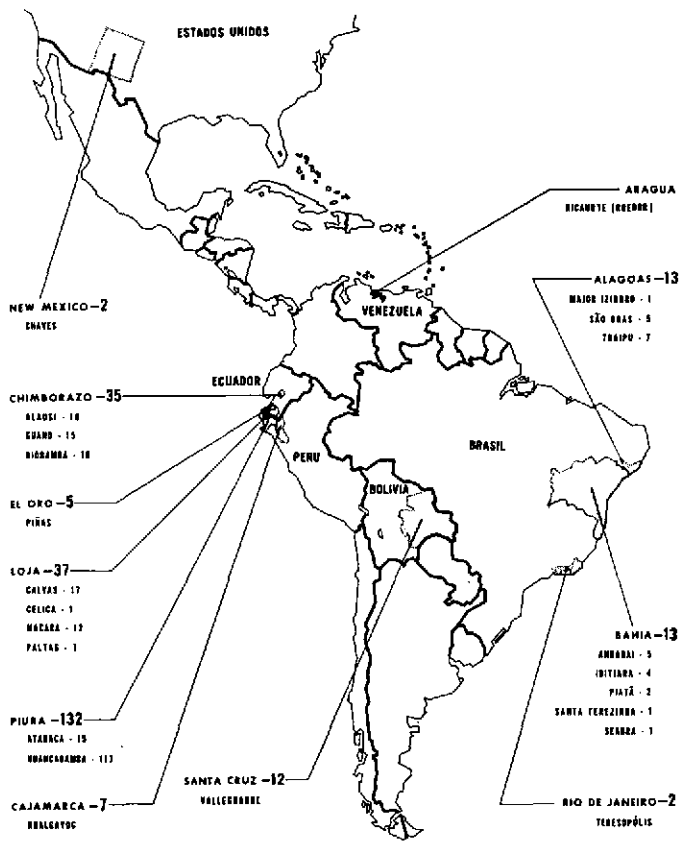


Fig. 11. Casos de peste notificados en las Américas y su ubicación en las principales divisiones políticas de cada país, 1960.

Erradicación de la frambesia

En Haití, la fase de vigilancia del programa de erradicación de la frambesia continuó desarrollándose satisfactoriamente durante 1960. Las actividades de campo estuvieron a cargo de 35 inspectores, divididos en siete grupos y dirigidos por dos supervisores. Con el fin de acelerar la labor, se adiestró a los inspectores en el método de investigación microscópica de campo obscuro, subdividiendo los grupos en dos secciones, cada una de ellas dotada de un microscopio McArthur.

En 1959, se examinó a 625,513 personas, entre las cuales se descubrieron y trataron 695 casos clasificados como formas infecciosas de frambesia, de los que 333 correspondieron a la forma de frambesia precoz, 356 a "wet crabs" y 6 a pacientes con úlceras que, al ser examinadas, resultaron positivas con respecto al *Treponema pertenue*. En diciembre de 1960, el área sometida a la fase de vigilancia comprendía 2,350,420 habitantes, lo que representa aproximadamente el 67% de la población total de Haití. El número de presuntos casos infecciosos descubiertos y tratados en 1960 ascendió a 751.

La comparación del número de casos infecciosos de frambesia descubiertos con la población examinada, indica que la incidencia de la enfermedad, en este grupo, disminuyó de 10 por 10,000 habitantes en 1959 a 3 por 10,000 en 1960.

En julio de 1960 se inició una investigación para determinar la verdadera naturaleza de las úlceras catalogadas como "positivas", pues se sospechaba que las espiroquetas observadas en el examen en campo obscuro no siempre correspondían al *Treponema pertenue*. Tras un período de adiestramiento, los inspectores fueron instruidos en la forma de preparar dos frotis de cada úlcera considerada como "positiva" después de un examen microscópico en

campo obscuro. Las láminas se enviaron al Laboratorio Nacional para que las estudiara el consultor en laboratorios de la OSP/OMS. De julio a noviembre, se reunieron 138 muestras procedentes de distintas zonas que abarcaban todo el país. En el 81% de los frotis se identificó la *Borrelia vincentii*, asociada a veces con la *Fusiformis fusiformis* y sólo en un 1.5% se comprobó el *Treponema pertenue*. En el resto de las muestras únicamente se encontraron cocos y bacilos. Esto demuestra claramente que en la actualidad es difícil encontrar en Haití úlceras debidas a la frambesia.

A fin de determinar si las formas de "lesiones cutáneas precoces" correspondían efectivamente a frambesia y no a otras afecciones de la piel de distinta etiología, se decidió tomar muestras de cada uno de los casos notificados y enviarlas para su examen al Laboratorio Nacional. Esta nueva medida permitirá una evaluación más exacta de la prevalencia de la frambesia en Haití.

Las actividades de campo del programa de erradicación de la frambesia en la República Dominicana continuaron desarrollándose de acuerdo con el plan de trabajo establecido; pero la escasez de vehículos limitó las posibilidades de transporte del personal, lo que hizo que disminuyera el rendimiento. El 12 de febrero de 1960 se completó en todo el país la fase de búsqueda de casos y tratamiento inicial. Para consolidar la labor realizada en años anteriores, se inició entonces la fase de vigilancia con el objeto de descubrir y someter a tratamiento los casos infectantes residuales y sus contactos. En la fase de búsqueda de casos, del 1º de enero al 12 de febrero de 1960, se encontraron 3 casos infectantes de frambesia entre las 60,948 personas examinadas. Durante la fase de vigilancia, el número de casos infecciosos descubiertos entre las 265,028 personas examinadas ascendió a 227.

En Venezuela se considera que la frambesia es endémica en el área que se extiende desde el Estado Sucre al Estado Táchira, con mayor prevalencia en los Estados Miranda, Carabobo, Yaracüy, Cojedes y Trujillo.

El Gobierno de Venezuela inició su campaña de erradicación de la frambesia en 1959. Durante el año 1960 se examinó a 220,093 personas. Se descubrieron 9 casos de frambesia reciente, 61 de frambesia tardía con manifestaciones y 10,491 casos de frambesia tardía. Se administró penicilina con monostearato de aluminio (PAM) a 35,875 personas. Las actividades realizadas durante el año se concentraron en el Distrito Federal y en los Estados Sucre, Miranda, Guárico, Cojedes, Falcón, Lara y Portuguesa. En los cuatro últimos Estados no se encontró ningún caso de esta enfermedad.

La Guayana Británica solicitó los servicios de un consultor con el objeto de realizar una encuesta para determinar la extensión del problema de la frambesia en ese territorio. Como resultado de este estudio, se preparó un programa de erradicación para cuyo desarrollo se ha solicitado la cooperación de organismos internacionales.

En Jamaica, el Departamento de Salud gestionó la formación de un grupo de expertos para que lleve a cabo una encuesta en las zonas donde la frambesia es endémica, como medida preliminar para establecer un plan de erradicación.

En Santa Lucía, donde se había interrumpido el programa de erradicación de la frambesia, aparecieron nuevos focos de la enfermedad. Con la cooperación del consultor de la OSP/OMS se ha preparado un nuevo plan de lucha contra esta dolencia.

La última fase del programa de erradicación de la frambesia en Trinidad quedó completada en julio de 1960.

Control de las enfermedades venéreas

En el programa de control de las enfermedades venéreas que se lleva a cabo en la República Dominicana, se siguió concediendo alta prioridad en 1960 al adiestramiento de personal. Se celebraron tres cursos sobre venereología, a los que asistieron 70 médicos, dos cursos sobre serología de la sífilis, en los que participaron 22 técnicos de laboratorio, y un curso sobre venereología para investigadores de contactos, en el que tomaron parte 12 enfermeras. Se realizaron progresos en la labor encaminada a uniformar el funcionamiento de las clínicas antivenéreas y a coordinar las actividades de control de las enfermedades venéreas de los diversos servicios de atención médica y salud pública.

Se sometió a estudio de la Organización un programa de control de las enfermedades venéreas preparado por el Departamento de Salud de Jamaica, con el propósito primordial de controlar la sífilis y la blenorragia en las zonas de Kingston y St. Andrew.

Cuatro laboratorios del Area del Caribe—el Laboratorio Serológico Central de Venezuela, un laboratorio holandés y dos británicos—han adoptado la reacción de VDRL como prueba estándar para el diagnóstico serológico de la sífilis. Durante el año, estos cuatro laboratorios comenzaron a participar en el estudio de evaluación de la exactitud de los resultados obtenidos con la prueba de VDRL, que está

realizando el Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas de Atlanta, Georgia, E.U.A. Uno de ellos, el Centro Médico Caribe de Puerto España, Trinidad, sirve asimismo de centro de evaluación de las pruebas de VDRL efectuadas en los laboratorios de las islas vecinas pertenecientes a la Federación de las Indias Occidentales.

Tuberculosis

Si bien no se conoce exactamente la extensión del problema de la tuberculosis en las Américas, tanto en su conjunto como en determinadas zonas, los datos de que se dispone indican que esta enfermedad constituye todavía un importante problema de salud pública en el Hemisferio. La tuberculosis continúa siendo una de las principales causas de morbilidad, incapacidad y mortalidad en las Américas, y aunque la tasa de defunciones ha disminuido notablemente en muchos países, la reducción en el número de casos ha sido en grado mucho menor.

El planteamiento del problema de la tuberculosis desde el punto de vista de la salud pública ha cambiado radicalmente desde la introducción de la quimioterapia. Las drogas antituberculosas, al evitar que los casos no infecciosos se conviertan en infecciosos y al hacer que estos últimos dejen de serlo, reducen considerablemente el problema que esta enfermedad representa para la salud pública. La aplicación en gran escala de la quimioterapia puede dar lugar a que disminuya la necesidad de aislar a los pacientes en hospitales. Esto significaría también la posibilidad de reducir el costo de los programas de lucha contra la enfermedad y, en consecuencia, de desarrollarlos con mayor amplitud.

En el pasado, la colaboración de la Organización en este campo consistió principalmente en la asistencia prestada a los Gobiernos en la ejecución de sus respectivas campañas de vacunación colectiva con BCG. Sin embargo, en estos dos últimos años ha habido un cambio de orientación y los esfuerzos se concentran actualmente en una mejor organización de los dispensarios, dedicándose especial atención a la quimioterapia y a la quimioprofilaxis, que ahora figuran entre las principales medidas de salud pública contra la tuberculosis.

Con el fin de colaborar con los Gobiernos para que puedan obtener el máximo provecho posible de estos nuevos progresos, el programa de la Organización sobre el control de la tuberculosis comprende cuatro aspectos principales, a saber:

1) Adiestramiento de personal nacional en las nuevas técnicas y procedimientos contra dicha enfermedad. Esto se lleva a cabo mediante la adjudicación de becas a personal seleccionado para que curse estudios en el extranjero, y el adiestramiento durante el servicio en proyectos de prevención de la tuberculosis.

2) Colaboración en el establecimiento de proyectos piloto en determinadas zonas de los distintos países, que comprenden encuestas de prevalencia, hallazgo y tratamiento de casos y vacunación con BCG. La finalidad de estos proyectos consiste en establecer un programa de control de la tuberculosis en una zona bien delimitada, que abarque una población de unos 100,000 a 200,000 habitantes, en la que ya existan servicios de salud pública. Los objetivos generales de estos proyectos son los siguientes:

a) Determinar la extensión del problema de la tuberculosis en la zona en cuestión y calcular la prevalencia de la enfermedad en las distintas partes de la misma y entre los diferentes grupos de población.

b) Establecer una línea de base para la futura evaluación de las medidas de control de la tuberculosis adoptadas en la zona.

c) Estudiar los diversos procedimientos y métodos que habrán de aplicarse para asegurar que los servicios de lucha antituberculosa estén organizados en forma que se adapten a las circunstancias locales, teniendo en cuenta las posibilidades del país y el grado de desarrollo de los servicios de salud pública.

d) Adiestrar al personal nacional.

e) Determinar el costo de las medidas específicas de control y su eficacia para reducir la extensión del problema de la tuberculosis, teniendo debidamente en cuenta las posibilidades económicas del país interesado.

3) Encuestas sobre el problema de la tuberculosis en los distintos países, que comprenden el estudio de las actuales tendencias de la morbilidad y la mortalidad debidas a esta enfermedad, la determinación de las instalaciones y el personal adiestrado que podrían utilizarse para desarrollar un programa eficaz, la evaluación de las necesidades y la formulación de recomendaciones sobre posibles medios para atenderlas.

4) Estudios de campo de la administración en gran escala de isoniacida para determinar las posibilidades de esta técnica de control colectivo de la tuberculosis.

El nombramiento de un Consultor Regional en Tuberculosis, a mediados de 1960, ha permitido intensificar la labor

en este campo. Sin embargo, las dificultades con que se tropieza en la contratación de consultores en tuberculosis para que colaboren en los proyectos de control de la enfermedad, originan demoras en la asistencia que ha de proporcionar la Organización.

En la Argentina se está realizando una encuesta para determinar la prevalencia de la tuberculosis, labor que se inició en la segunda mitad del año con la llegada de los consultores de la Organización y el adiestramiento de personal local. El programa se está desarrollando en la Provincia de El Chaco, donde se proyecta examinar de 8,000 a 10,000 personas en el Primer Distrito Sanitario. Se están efectuando pruebas de la tuberculina en el 4% de un total de 84,000 niños escolares de las zonas urbanas y suburbanas. Se espera que esta encuesta quedará terminada a principios de 1961.

La Organización ha cooperado con el Gobierno de la Argentina en un estudio preliminar para el establecimiento de un Centro Nacional Antituberculoso, cuyos objetivos serían los siguientes:

1) Crear una escuela para la preparación teórica y práctica del personal que habrá de prestar servicio en la campaña nacional antituberculosa.

2) Uniformar los métodos y la terminología utilizados en las actividades de control de la enfermedad.

3) Estudiar y evaluar estos métodos y técnicas en un área de demostración urbana y rural.

4) Proporcionar servicios permanentes de asesoramiento a las autoridades provinciales sobre el planeamiento, ejecución y evaluación de programas contra la tuberculosis.

5) Efectuar investigaciones sobre la epidemiología de la tuberculosis en el país.

La Organización ha cooperado también con el Gobierno del Brasil en la preparación de un plan para una encuesta sobre la prevalencia de la tuberculosis, que se llevará a cabo en el Estado de Río Grande do Norte durante 1961 y contará con la colaboración del UNICEF. La encuesta comenzará en la capital del Estado y después se extenderá a varios municipios que dispongan de buenos servicios de salud. Una vez evaluados los resultados de la encuesta, podrán iniciarse las actividades de control de la enfermedad.

La tuberculosis constituye un importante problema de salud pública en Colombia, a pesar de que las tasas de mortalidad han venido disminuyendo desde 1945. Durante el período de 1945 a 1952, la mortalidad debida a todas las formas de tuberculosis descendió de 45.6 a 30.8 por 100,000 habitantes, y la causada por tuberculosis pulmonar, de 40 a 27.7. Con excepción del año 1953, las tasas de mortalidad han permanecido casi estacionarias, siendo en 1957, de 27.3 la correspondiente a todas las formas de la enfermedad y de 23.9 la debida a tuberculosis pulmonar. La morbilidad de tuberculosis por 100,000 habitantes disminuyó de 167.6 en 1948 a 119.3 en 1959.

Hay que señalar sin embargo, que este aspecto sólo representa una parte del problema, pues existen motivos para suponer que un número indeterminado de enfermos no son conocidos por los servicios médicos ni por los organismos encargados de los registros estadísticos.

Teniendo en cuenta que para la formulación de un programa nacional antituberculoso bien orientado y ajustado a las necesidades del país, es preciso tener un conocimiento detallado de las características epidemiológicas de la enfermedad en Colombia, el Gobierno ha solicitado la cooperación de la Organización en la realización de un estudio epidemiológico sobre el problema de la tuberculosis y en la preparación de un programa de control basado en los resultados de dicho estudio.

El Gobierno de Cuba solicitó la cooperación de la Organización y del UNICEF para un programa en gran escala de control de la tuberculosis. El Consultor Regional, después de visitar a dicho país, preparó un informe preliminar sobre esta materia.

En México se completó la preparación de una encuesta sobre la tuberculosis y de un programa de control. El adiestramiento de personal nacional, tanto en el propio país como en el extranjero, y la llegada del equipo facilitado por el UNICEF permitirán empezar la campaña a principios de 1961. La Organización concedió una beca a un médico, para un año de estudios, más dos meses de observación en Africa, así como becas de tres meses a una enfermera de salud pública y a un estadístico para viajes de observación a algunos países de Africa. Desgraciadamente, las dificultades surgidas en la contratación de un consultor internacional obligaron a aplazar la iniciación de este programa.

También en el Perú la tuberculosis constituye un grave problema de salud pública, pese a los esfuerzos de los organismos oficiales y privados para controlar la enfermedad. Si bien la tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó de 163 por 100,000 habitantes en 1950 a 54 en 1958, no se ha podido lograr una reducción análoga en la tasa de morbilidad, y, según las estadísticas oficiales, el número de pacientes ha permanecido estacionario. Las encuestas realizadas en colectividades urbanas revelaron una prevalencia de 2.34%.

Existen en el país 2,900 camas para pacientes de tuberculosis, 21 dispensarios y 6 unidades móviles de fotofluorografía, pero no resultan suficientes ni están debidamente distribuidos por todo el país. En consecuencia, es necesario intensificar y ampliar las medidas de control. Con este fin, el Gobierno ha solicitado la colaboración de la Organización y del UNICEF en la ejecución de un programa para determinar las características epidemiológicas de la tuberculosis y su prevalencia en el país, como fase inicial de un plan general contra dicha enfermedad.

En la República Dominicana prosiguieron activamente las campañas de vacunación con BCG, y se espera que quedarán completadas hacia fines de 1961.

En 1960 prosiguieron las actividades del programa antituberculoso en Guatemala. El objetivo de este programa experimental consiste en comprobar la eficacia de la isoniacida en el tratamiento domiciliario y de pacientes externos, así como en la quimioprofilaxis de los contactos. Ante los resultados obtenidos en los Departamentos de Escuintla y Santa Rosa, las actividades se extendieron a La Florida y Santa Marta, suburbios de la ciudad de Guatemala. Se espera poder intensificar las actividades de este programa en 1961 con la inclusión de un cursillo internacional.

Enfermedad de Chagas

Se sabe que la enfermedad de Chagas ocurre en todos los países de las Américas, con la excepción del Canadá y probablemente Cuba, pero todavía no se ha determinado su incidencia real. Se calcula que el número de personas expuestas a la infección por *Trypanosoma cruzi* asciende a 35 millones. Si se estima en un 20% el promedio de las tasas de infección obtenidas en las encuestas epidemiológicas realizadas en algunos países, se puede calcular que en la actualidad existen por lo menos siete millones de individuos infectados con *T. cruzi*. Los datos de que se dispone indican que los daños económicos causados por la enfermedad han de ser muy elevados, pues las manifestaciones incapacitantes de las formas crónicas de la enfermedad se desarrollan generalmente a partir de la segunda mitad de la vida, cuando más productivos son los individuos para la sociedad. Por otro lado, la enfermedad predomina en las zonas rurales, donde muchas veces incapacita a los individuos afectados para efectuar el gran esfuerzo físico que exige su trabajo, y el costo de la hospitalización de los pacientes y de su rehabilitación resulta muy elevado.

Teniendo en cuenta todos estos factores, del 7 al 11 de marzo de 1960 se reunió en Washington, D. C., un Grupo de Estudio integrado por especialistas procedentes de los países de las Américas con el objeto de examinar la importancia de la enfermedad de Chagas como problema de salud pública.

En su informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (Serie de Informes Técnicos, N° 202), el Grupo recomendó métodos de encuestas para obtener un mejor conocimiento de la enfermedad y especificó las investigaciones más convenientes en este aspecto; evaluó los actuales procedimientos de diagnóstico y los métodos de tratamiento disponibles y examinó las medidas de control y prevención que pueden aplicarse. Por último, llamó la atención sobre las amplias posibilidades para la coordinación interpaíses que ofrece el control de la enfermedad de Chagas.

La Organización llevará a cabo, dentro de sus posibilidades económicas, las actividades pertinentes para el estudio y control de la enfermedad de Chagas, teniendo en cuenta para ello las conclusiones a que llegó el referido Grupo.

Lepra

Para fomentar y coordinar eficazmente la campaña contra la lepra en las Américas se requiere un estudio detallado de la magnitud y alcance del problema.

En consecuencia, se han venido realizando, progresivamente, encuestas en los diversos países y territorios de la Región con la finalidad primordial de obtener un mejor conocimiento del problema así como del personal y recursos de que se dispone. Al mismo tiempo, se ha prestado ayuda a los países en la organización de sus respectivos programas de control de esta enfermedad.

En 1955, un consultor completó encuestas en Surinam y Trinidad y en 1956, en Granada, Guayana Británica, Guayana Francesa, Guadalupe, Martinica y Santa Lucía. En 1951 se iniciaron estudios en Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú, y en 1958, en la Argentina, Costa Rica, Jamaica y Uruguay. Durante 1959, el consultor llevó a cabo encuestas en Belice, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua y Panamá. En 1960 se actualizaron los datos de las encuestas realizadas anteriormente en Bolivia, Ecuador y Perú.

El consultor asignado a la Oficina de la Zona III ha cooperado con los Gobiernos de Centro América y Panamá en la preparación de programas de control de la lepra.

En Guatemala, Nicaragua y Panamá, este consultor colaboró en el perfeccionamiento de la organización de los servicios nacionales de lucha contra la lepra, y en El Salvador y Honduras en el establecimiento de esta clase de servicios. En Honduras, el servicio ya está funcionando y se espera que en El Salvador se inicien las actividades a comienzos de 1961. En Costa Rica, donde ya había un buen servicio, va mejorando la labor relativa al descubrimiento y tratamiento precoz de los casos y a la vigilancia efectiva de los contactos.

Los resultados obtenidos hasta la fecha en todos los lugares donde se ha intensificado la búsqueda de casos, demuestran que la prevalencia de la lepra es mayor que la registrada hasta 1959. En Guatemala, donde se conocían 85 casos, se descubrieron otros 27 en una encuesta preliminar que sólo abarcó 12 de los 22 departamentos del país. En Honduras, los casos conocidos ascendían a 47, pero en una breve encuesta realizada en un solo departamento se descubrieron 11 nuevos enfermos. Encuestas similares llevadas a cabo en El Salvador y Costa Rica permitieron descubrir nuevos casos y, así, los casos registrados en el primero de esos países aumentaron de 153 hasta 1959, a 185, y en el segundo de 493 a 578, desde marzo de 1959 a noviembre de 1960.

Durante 1960 se fomentó intensamente la integración de las actividades de control de la lepra en los programas ordinarios de los centros de salud, bajo la orientación de los servicios nacionales de salud pública. Ahora bien, éste es un proceso lento, que ha de estar basado en la organización eficiente de los servicios locales y en el adiestramiento adecuado de su personal. En Guatemala y Honduras se inició el adiestramiento de personal médico de los centros de salud seleccionados de acuerdo con la prevalencia conocida de la enfermedad en el respectivo país. También se procuró elaborar planes específicos de operaciones en cada país, teniendo en cuenta sus posibilidades económicas, así como sus tradiciones, cuya modificación o aprovechamiento sólo podrá efectuarse en forma gradual y progresiva.

Un consultor de la OSP/OMS, especializado en lepra, colaboró con las autoridades de salud pública de México en la preparación y desarrollo de un programa nacional de control de la enfermedad. El programa, que se planeó de acuerdo con las ideas más modernas sobre la materia, constituye una modificación y ampliación de la labor que venía realizándose en el país en este campo. Para llevar a cabo el programa, el Gobierno ha solicitado la ayuda material del UNICEF.

El 31 de diciembre de 1959 existían en Colombia 11,183 pacientes de lepra distribuidos en 16 departamentos con una población total calculada en 14,319,051 habitantes, lo que representa una prevalencia de 0.78 por 1,000 habitantes. El Cuadro 17 muestra la prevalencia de la enfermedad en cada departamento.

La prevalencia de la lepra varía de un departamento a otro, registrándose la más baja (0.10 por 1,000 habitantes) en el de Chocó y la más elevada (3.74 por 1,000) en el de Santander.

Los casos de lepra en los Departamentos de Norte de Santander, Boyacá y aproximadamente la mitad oriental del Departamento de Cundinamarca ascienden a 7,082 en una población calculada en 2,366,537 habitantes; el 66.2% de estos pacientes presentan formas lepromatosas de la enfermedad. Así, pues, el 63.3% de los casos conocidos se registran en el 7.6% de la superficie del país y en el 16.1% de su población, con una prevalencia de 2.9 por 1,000 habitantes y una densidad de 8.1 enfermos por 100 kilómetros cuadrados.

La proporción de formas lepromatosas oscila entre el 53.8%, en el Departamento de Nariño, y el 84.6% en el de Huila, cifras que ponen de manifiesto el peligro de una rápida difusión de la enfermedad.

En 1960, la Organización nombró un consultor especializado en lepra para que colaborara con el Gobierno de Colombia en el estudio, preparación y desarrollo de un programa nacional de control de dicha enfermedad. Este programa, producto de un minucioso estudio, prevé la reorganización

CUADRO 17. DISTRIBUCIÓN DE LA LEPRA EN COLOMBIA, POR DEPARTAMENTOS,* EL 31 DE DICIEMBRE DE 1959

Departamentos	Población	Casos notificados	Prevalencia por 1,000 habitantes	Formas lepromatosas (porcentaje)
Antioquia	1,971,980	240	0.12	72.0
Atlántico	587,590	280	0.47	66.0
Bolívar	784,267	321	0.40	74.1
Boyacá	670,267	2,340	3.49	72.8
Caldas	1,338,600	489	0.36	77.3
Cauca	513,000	256	0.49	58.5
Córdoba	411,410	109	0.26	76.1
Cundinamarca	2,258,970	1,328	0.58	81.3
Chocó	146,143	16	0.10	62.5
Huila	365,230	182	0.49	84.6
Magdalena	538,964	223	0.42	71.3
Nariño	618,840	260	0.42	53.8
Norte de Santander	522,800	865	1.65	65.3
Santander	875,910	3,280	3.74	59.2
Tolima	852,160	392	0.46	78.3
Valle	1,862,920	602	0.32	67.4

* En el resto del país se notificaron 15 casos.

y ampliación de los servicios existentes y ya ha sido sometido por el Gobierno a la consideración del UNICEF, con el objeto de obtener su ayuda material para el programa. También se ha solicitado la cooperación de la Organización.

Un consultor de la OSP/OMS actualizó los datos de los estudios realizados anteriormente sobre la situación relativa a la lepra en Bolivia, Ecuador y Perú.

En Bolivia, el Departamento Nacional de Lepra tenía registrados, el 30 de agosto de 1960, 1,015 pacientes, el 34.48% de forma lepromatosa, el 60.09% de forma tuberculoide y el 5.41% de formas indeterminadas. En 1956, el número de enfermos conocidos ascendía a 810, lo que muestra que en un período de cuatro años aumentó en 205 casos. En una encuesta realizada en distintos lugares del país, en la que se examinó a 6,014 personas, se descubrieron 56 casos nuevos, cuya distribución por forma clínica de la enfermedad fue la siguiente: lepromatosa, 26.78%; tuberculoide, 48.21%; indeterminada, 23.21%, y dimorfa, 1.78%.

El Cuadro 18 muestra el número de personas examinadas durante la encuesta de 1960 y el de casos descubiertos, por departamentos.

A juzgar por los resultados de esta encuesta, la endemia leprosa en los departamentos investigados debe considerarse como importante y elevada.

En 1960 había en el Ecuador 659 casos conocidos de lepra, en los cuales el 78.6% eran de la forma lepromatosa, el 18.8% de la tuberculoide y el 4.3% de formas indeterminadas. Una encuesta que abarcó a 6,730 personas (4,547 habitantes de la costa y 2,183 habitantes de la sierra) permitió descubrir 82 casos (71 en la costa y 11 en la sierra), de los que el 40.24% correspondían a formas indeterminadas de la enfermedad, el 34.13% a la tuberculoide y el 23.17% a la lepromatosa. A juzgar por los resultados de este estudio, la prevalencia de la enfermedad es de 15.6 por 1,000 habitantes en la región de la costa y de 5.0 por 1,000 en la de la sierra.

En Perú, de acuerdo con los datos de que se dispone en la División de Lepra del Ministerio de Salud Pública, el 31 de diciembre de 1959 había 8,848 casos registrados, 1,078 de los cuales se encontraban bajo vigilancia. El 85.16% de los casos conocidos correspondían a la región de la selva y el 10.7% a la de la sierra. La prevalencia en la primera de estas zonas era de 6.1 por 1,000 habitantes, y en la segunda de 2.5 por 1,000.

En un estudio efectuado en el Departamento de Loreto, en el que se examinaron 10,407 personas, se descubrieron 68 casos nuevos de lepra. Un estudio semejante, llevado a cabo en el Departamento de Apurímac, que abarcó 1,606 personas, reveló la presencia de 2 nuevos casos de la enfermedad. Según estas cifras, la prevalencia de la lepra sería de 6.5 por 1,000 habitantes en Loreto, y de 1.2 por 1,000 en Apurímac.

De los nuevos enfermos descubiertos en estos estudios, 44 eran menores de 19 años, de los cuales 33 tenían la forma indeterminada.

El programa de control de la lepra en Paraguay, cuya incorporación a los servicios ordinarios de salud se inició en 1959, continuó desarrollándose progresivamente. Se estableció un área de demostración en un sector del país. El número de nuevos casos descubiertos en todo el país en 1960, hasta el mes de octubre, ascendió a 162, distribuidos de la manera siguiente, según su forma clínica: lepromatosos, 50.6%, tuberculoides, 24.7%, e indeterminados, 24%. Seis de los nuevos enfermos eran menores de 14 años.

El total de casos registrados hasta el 31 de octubre de 1960 era de 3,452. Durante el primer semestre del mismo año, estuvieron bajo vigilancia el 53.3% de los casos conocidos y el 9% de sus contactos. Estas cifras representan un aumento de 14.1% en el número de pacientes bajo vigilancia, y de un 2.8% en el de contactos, en comparación con el segundo semestre de 1959. Es necesario perfeccionar los métodos de trabajo actualmente en práctica, de manera que ningún paciente escape del control periódico y se puedan examinar

CUADRO 18. CASOS DE LEPRA DESCUBIERTOS EN TRES DEPARTAMENTOS DE BOLIVIA, 1960

Departamentos	Personas examinadas	Casos descubiertos	Prevalencia (por 1,000)
Total	6,014	56	9.311
Beni y Pando	2,474	24	9.700
La Paz "Sud Yungos"	317	1	3.154
Santa Cruz	3,223	31	9.618

Un médico del Servicio de Control de la Lepra en el Paraguay efectúa una biopsia.

los contactos con la frecuencia deseada. También hay que encontrar algún medio de comprobar si la medicación suministrada a los pacientes a domicilio se consume de acuerdo con las instrucciones que reciben. Dificultades financieras y de transporte obstaculizaron las actividades en 1960.

No se conoce exactamente el alcance y magnitud del problema de la lepra en la Argentina, pero el hecho de que hubiera 10,321 casos registrados a fines de 1957, indica que esta enfermedad constituye un grave problema de salud pública. Si bien la lepra existe en todo el país, su prevalencia varía de una provincia a otra. El mayor número de casos se concentra en la región septentrional del país, especialmente a lo largo de los ríos Pilcomayo, Paraguay y Paraná.

El examen de las historias clínicas de 2,567 pacientes, efectuado en 1959, mostró que el 47.21% presentaban la forma lepromatosa, el 32.21% la forma tuberculoide, el 11.21% la indeterminada y el 9.36% eran casos dimorfos. La mayoría de estos pacientes estaban comprendidos en el grupo de edad de 20–30 años, y el 59.68% eran mujeres.

La Organización cooperó en la preparación de un programa nacional de control de la lepra, labor preliminar que se completó en 1960. La primera fase de este programa, que consiste en el adiestramiento de personal, se inició en el curso del año. El UNICEF proporcionará equipo de laboratorio, medicamentos para el tratamiento de los enfermos y 25 vehículos para las actividades de campo, y la OSP continuará prestando servicios de asesoramiento técnico por medio de un consultor y del personal de la Oficina de la Zona VI.

En el Brasil, con una población estimada en 64,679,000 habitantes, el 1º de julio de 1959, la lepra constituye un grave problema de salud pública. La enfermedad está difundida por todo el país. Los datos de que se dispone indican una prevalencia de 2 por 1,000 habitantes, registrándose la fase más elevada (5.7 por 1,000) en la parte septentrional del mismo.

Entre 1946 y 1959 se registraron 76,582 casos nuevos de la enfermedad, lo cual representa un promedio de 5,470 casos nuevos por año. El 5% de estos casos corresponden a niños menores de 10 años. La distribución de las formas clínicas es la siguiente: lepromatosa, 57.2% de los casos, indeterminada, 22.2% y tuberculoide, 20.6%.

En 1960 se completó la preparación del proyecto de acuerdo entre el Gobierno del Brasil, la OSP y el UNICEF, cuya finalidad consiste en ampliar e intensificar el programa de control de la lepra que el país viene llevando a cabo desde hace años.

Poliomielitis

Segunda Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomielitis

La información adquirida por medio de los estudios sobre las propiedades de los virus poliomielíticos vivos atenuados y de las amplias investigaciones de campo realizadas en muchos países sobre el empleo de aquellos virus como agentes inmunizantes aumentó tan rápidamente después de la Conferencia de la OPS/OMS sobre esta materia, celebrada en 1959, que del 6 al 10 de junio de 1960 tuvo lugar en Washington, D. C., la Segunda Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomielitis. Esta reunión, como la anterior, fue patrocinada por la OPS/OMS con la cooperación de la Fundación "Sister Elizabeth Kenny". Se presentaron en ella 45 trabajos que fueron discutidos detalladamente por 85 científicos procedentes de 20 países, y 24 grupos de investigadores dieron a conocer amplios estudios de campo que abarcaron muchos millones de personas en 13 países.

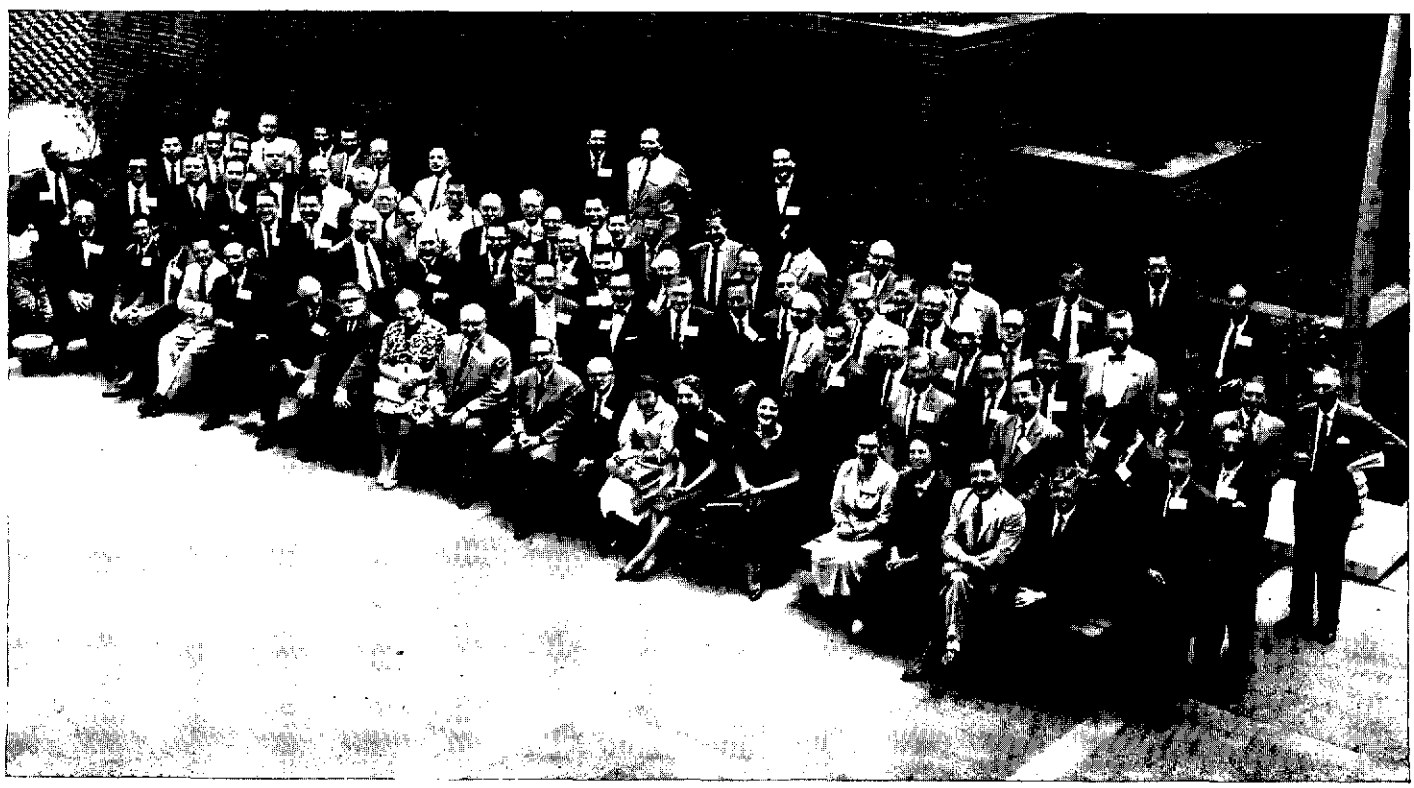
El volumen impreso de las actas de esta Conferencia se publicó en inglés por la Organización a las ocho semanas de haber terminado sus deliberaciones (PAHO Scientific Publication No. 50).

Estudios de campo sobre la inocuidad de la vacuna oral. En el Resumen oficial de la Conferencia se indica que "no se presentaron reacciones adversas o que, en todo caso, ellas fueron insignificantes, y que la infección con virus poliomielítico atenuado, utilizado como vacuna, no había provocado directa ni indirectamente formas paralíticas de poliomielitis. La progenie del virus de la vacuna no causó efectos perjudiciales al propagarse en la comunidad".

Propagación de virus poliomielíticos atenuados. En el Resumen se señala que la propagación intrafamiliar osciló entre el 40 y 80% después de la vacunación de los lactantes. La propagación afectó no sólo a los contactos susceptibles sino también, aunque en menor grado, a los que ya poseían anticuerpos homotípicos. La propagación interfamiliar fue mucho menos extensa.

Niños prematuros y nacidos a término. Varios trabajos relativos a niños prematuros y a nacidos a término, vacunados poco después del nacimiento, pusieron de relieve el hecho

Segunda Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomielitis, celebrada en Washington, D. C., del 6 al 10 de junio de 1960, patrocinada por la Organización con la cooperación de la Fundación "Sister Elizabeth Kenny". En la parte superior, a la izquierda: una sesión de trabajo. Abajo: Participantes y observadores.



de que la vacuna puede administrarse sin peligro alguno a esta edad, aunque el porcentaje de casos en que la vacuna "prende" es menor que en los niños que reciben virus atenuado a los cuatro o más meses de edad. El período de excreción de virus es más breve en los recién nacidos y la respuesta de anticuerpos es de menor proporción que en los lactantes un poco mayores; tal vez la influencia de los elevados niveles de anticuerpos derivados de la madre constituya un factor importante que puede modificar o enmascarar la respuesta de anticuerpos de los niños recién nacidos.

Mujeres embarazadas. Un grupo de investigadores que vacunaron a mujeres en todas las fases del embarazo no observaron ningún efecto adverso para la madre ni para el feto.

Interferencia. En algunos estudios se señaló que el problema de la interferencia de un tipo de virus poliomielítico en el efecto inmunizante de otros tipos en las vacunas polivalentes puede resolverse mediante el aumento del contenido de virus de la vacuna. Un estudio realizado en un medio tropical reveló que la interferencia por los enterovirus coexistentes pueden en cierto modo, contrarrestarse mediante una segunda dosis de vacuna polivalente.

Después de la ejecución de muchos programas de vacunación en gran escala, especialmente en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, se observaron bajas tasas de incidencia de la enfermedad, como cabe esperar del empleo de una vacuna eficaz. Sin embargo, dadas las variaciones de la epidemiología de la poliomielitis, se llamó la atención sobre la necesidad de llevar a cabo una observación por períodos más prolongados para poder comprobar definitivamente la eficacia de la vacuna oral en la prevención de la poliomielitis paralítica.

Ante las pruebas de la inocuidad y eficacia de la vacuna de virus vivo presentadas en las dos Conferencias, en una reunión de Moscú celebrada en el mes de mayo, y en el Quinto Congreso Internacional de Poliomielitis que tuvo lugar en Copenhague a fines de julio, el Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América decidió, el 24 de agosto, aprobar este nuevo método de inmunización contra la poliomielitis y seleccionar las cepas de virus poliomielítico atenuado elaboradas por Sabin como patrón de referencia para la producción comercial de la vacuna oral. Se espera que en el otoño de 1961 se dispondrá de grandes cantidades de vacuna comercial.

Estudios sobre la vacuna de virus vivo contra la poliomielitis

Colombia. A solicitud del Ministerio de Salud Pública de Colombia, la Organización colaboró con las autoridades de salud de Cúcuta, Envigado, Zipaquirá, Barranquilla, Sogamoso y del Distrito Especial de Bogotá, en la ejecución de un programa de vacunación en esas zonas encaminado a inmunizar a los niños menores de cinco años de edad. El programa se inició el 11 de julio y a fines de año, se había administrado una dosis de vacuna trivalente Lederle a 225,771 niños, lo que representa el 90%, aproximadamente, de dicho grupo de edad. Con el fin de estudiar la distribución de anticuerpos naturales en este grupo de población, en Bogotá se tomaron al azar, antes de la administración de la vacuna, 1,098 muestras de sangre en niños de seis meses a 10 años. Se está procediendo a la medición de la respuesta de anticuerpos a la vacuna en 727 muestras de sangre pareadas, obtenidas inmediatamente antes de la vacunación y al cabo de cuatro a seis semanas después de la misma. Los resultados preliminares basados en 169 de estos pares de muestras indicaron tasas de conversión de 87.7, 48.8 y 95.4% para los tipos 1, 2 y 3 de virus poliomielítico, respectivamente. Durante el período de observación, que se prolongó hasta tres meses después de terminado el programa, no se registraron reacciones adversas a la vacuna.

Costa Rica. El programa de vacunación en escala nacional en Costa Rica quedó completado en 1960. El 31 de octubre se había administrado vacuna Lederle de virus vivo contra la poliomielitis a 305,959 niños menores de 11 años; 120,327 recibieron los tres tipos de virus en forma de vacuna monovalente y 185,632 en vacuna trivalente. Esto representa que al 31 de diciembre de 1959 se había vacunado aproximadamente al 80% de los niños comprendidos en el grupo de edad seleccionado. En la Provincia de San José, donde vive una tercera parte de la población del país, la proporción de vacunados en el mencionado grupo de edad ascendió al 90%. Sobre la base de 828 muestras pareadas de sangre que se habían estudiado, las respuestas de anticuerpos a la vacuna indicaron tasas de conversión, para los tipos 1, 2 y 3 de virus, de 82, 37 y 92 en el caso de la vacuna monovalente, y de 86, 49 y 89 en el caso de la trivalente. La tasa de ataque de la enfermedad por 100,000 habitantes, correspondiente al período de marzo de 1959 a octubre de 1960, fue de 6.5 en el grupo vacunado y de 62.7 en el no vacunado.

Con estos dos estudios, el número de niños vacunados en programas que contaron con la colaboración de la OSP, excede de 800,000. En un informe presentado al Quinto Congreso Internacional de Copenhague acerca de la experiencia obtenida con las vacunas de virus vivo contra la poliomielitis en las Américas, se incluyó una descripción de dichos programas.

Laboratorio de cultivos tisulares, Cali, Colombia

Durante el año, este laboratorio continuó proporcionando asistencia a los programas de vacunación con vacuna de virus vivo contra la poliomielitis llevados a cabo en Costa Rica y Colombia. Se aislaron y tipificaron virus de especímenes de casos sospechosos identificados durante el

programa de vigilancia y se realizaron estudios serológicos para medir la respuesta de anticuerpos a la vacuna. Los resultados obtenidos se presentaron en la Segunda Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomielitis.

Servicios consultivos

Un consultor de la OSP/OMS en virología permaneció durante un mes en el Instituto Samper Martínez de Bogotá colaborando en la organización de un laboratorio de cultivos tisulares, como primera medida para la ampliación del departamento de virología.

A solicitud de las autoridades estatales de salud, en noviembre el asesor de la OSP/OMS en poliomielitis visitó São Paulo, Brasil, durante una epidemia debida a virus de tipo 1. Hasta el 24 de noviembre se notificaron en la ciudad 654 casos paralíticos, el 91% de los cuales fueron en niños menores de 3 años. Con el fin de que las autoridades de salud se familiarizaran con este nuevo método para prevenir futuras epidemias de poliomielitis, se solicitó la colaboración de la Organización para organizar y ejecutar un programa de demostración de la vacunación por vía oral en São Paulo. De acuerdo con el plan elaborado, en mayo de 1961 se iniciará un programa que abarcará a 25,000 niños menores de 3 años.

Otras enfermedades transmisibles

Influenza

Poco antes de comenzar el año 1960, se produjeron en los Estados Unidos de América brotes de influenza que, si bien escasos y aislados al principio, aumentaron luego en cantidad e intensidad hasta afectar a la mayor parte de los Estados de dicho país. La incidencia máxima de la enfermedad se observó a principios del mes de febrero y fue acompañada de un exceso de mortalidad por neumonía e influenza, particularmente en la región sudoccidental del país.

La etiología fue mixta; el virus predominante fue el de tipo A2 (Asiático), que no se puede distinguir del que causó la pandemia de 1957–1958, pero en unos cuantos casos esporádicos se aislaron los tipos A1 y B.

En la misma época del año, ocurrieron también brotes de influenza en Canadá, El Salvador, Guatemala, México y las Antillas Neerlandesas, pero no alcanzaron graves proporciones en ningún momento.

La sintomatología de la enfermedad, tanto en las Américas como en las epidemias similares que aparecieron casi simultáneamente en el continente europeo y en varias áreas de Asia y Oceanía, tuvo las características clínicas habituales de la influenza. La enfermedad rara vez duró más de 5 días. Las defunciones fueron causadas por complicaciones respiratorias y ocurrieron por lo general entre los pacientes de corta edad o de edad muy avanzada.

Si bien no se ha comprobado la aparición de epidemias en otras partes del Continente americano, en el Instituto Adolfo Lutz, que sirve de Centro de Influenza de la OMS, de São Paulo, Brasil, se aisló una cepa de virus A2 en un caso típico esporádico.

La Organización contribuyó a mantener informadas a las autoridades sanitarias y otras instituciones de los países sobre la evolución de la epidemia, mediante la publicación periódica de una hoja titulada "Información sobre influenza".

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y miembros del personal de la OMS asistieron a la Conferencia Internacional sobre Influenza Asiática, celebrada del 17 al 27 de febrero en los Institutos Nacionales de Higiene de los Estados Unidos de América en Bethesda, Maryland, en la que, entre otros temas, se examinó la pandemia de influenza en Mesoamérica y América del Sur.

En el programa de la OMS contra la influenza, la Región de las Américas, además de ser la sede del Centro Internacional de Influenza establecido en Atlanta, Georgia, cuyo funcionamiento está a cargo del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, cuenta con la colaboración de otros varios centros de influenza situados en Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos de América, Jamaica y Puerto Rico. El Centro Internacional reúne la información procedente de los otros centros del Hemisferio Occidental, coordina sus actividades y les facilita cepas de virus, antígenos y antisueros para el diagnóstico etiológico de la enfermedad. A su vez, los centros deben notificar la presencia de la enfermedad en un país o zona determinada, calcular la importancia del brote e identificar el agente causal, bien sea mediante el aislamiento y clasificación del virus, o bien, cuando esto no sea posible, por medio de

Fig. 12. Centros de influenza en las Américas.

pruebas serológicas. Estas pruebas pueden ser indispensables para combatir epidemias de cierta extensión y gravedad producidas por nuevos tipos de virus.

Micosis

En los últimos años, el interés por este grupo de enfermedades ha ido en aumento en varios países de las Américas. Además de las micosis superficiales, de especial prevalencia en las poblaciones urbanas, y del incremento de las candidiasis, debido al uso cada vez más extendido de los antibióticos, el problema de las micosis profundas, viscerales o subcutáneas, ha merecido la atención de micólogos y clínicos.

Con el fin de ampliar los limitados conocimientos actuales relativos a la extensión y gravedad de las infecciones micóticas profundas, especialmente sobre la blastomicosis sudamericana, la histoplasmosis y la coccidioidomicosis, el Consejo Directivo, en su XI Reunión, aprobó, a propuesta de la delegación de Venezuela, una resolución recomendando a los Países Miembros que establecieran comisiones coordinadoras de carácter nacional para el estudio de las micosis y realizaran encuestas epidemiológicas como medio para llegar al conocimiento exacto de la magnitud del problema en las Américas. De acuerdo con esas recomendaciones, se consultó a los países de la Región sobre el tipo de actividades que desarrollan en este campo y sobre el interés de los servicios de salud pública por el problema de las micosis. A fines de 1960, eran pocas las respuestas recibidas y la mayoría de las mismas atribuyen a las micosis tan sólo una importancia limitada en comparación con otros problemas de salud pública cuya urgencia es por todos reconocida.

Recientemente se ha tratado de aprovechar las encuestas sobre la prevalencia de la tuberculosis—por ejemplo la emprendida en Argentina—para estudiar la reactividad cutánea a la histoplasmina por parte de la población examinada.

Veterinaria de salud pública

Rabia

La rabia tiene carácter autóctono y continúa siendo un problema de cierta magnitud en todos los países de la Región, salvo en Uruguay, donde el último caso de rabia en seres humanos se registró en 1947, y el último caso en animales lo fue en 1949. Desde entonces todos los animales diagnosticados como rabiosos acababan de llegar, según se vio, de países vecinos. En cuanto a los demás países, varía la magnitud y naturaleza del problema. La rabia en perros domésticos constituye el problema más común, pero la rabia en animales silvestres, entre ellos los murciélagos, reviste también gran importancia. En países como México, Colombia y Brasil, la rabia de los murciélagos transmitida al ganado suscita problemas bastante graves de carácter económico-social. En Panamá se notificaron casos de rabia en ganado bovino, así como un caso en un caballo, todos los cuales se supone que fueron causados por murciélagos rabiosos. Algunos murciélagos capturados en Panamá y en

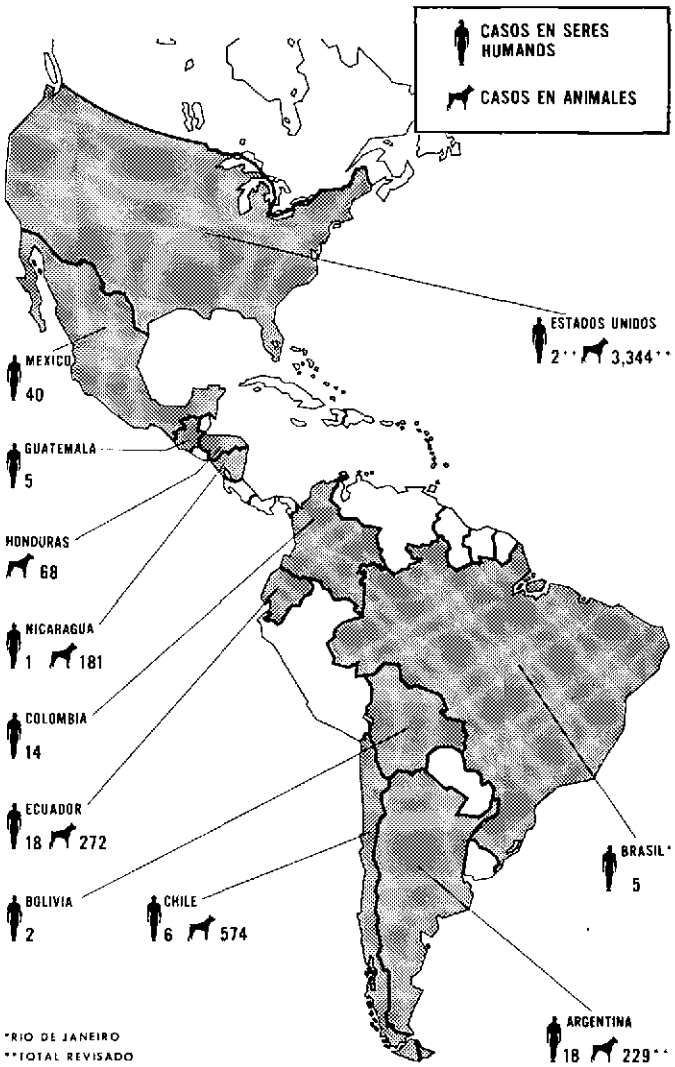


Fig. 13. Países que notificaron casos de rabia en las Américas, 1960.

la Zona del Canal dieron resultado positivo al ser sometidos a la prueba de anticuerpos de rabia.

En 1960, se prestó menos atención al excelente programa consistente en realizar una sola campaña antirrábica que comprendiera a los países de Centro América y Panamá, la cual fue iniciada a raíz de un acuerdo interpaíses, celebrado en 1958; y si bien continuó funcionando el sistema de notificación central de casos de rabia, establecido en 1959, las actividades de control y vacunación de perros disminuyeron considerablemente. En el Cuadro 19 se indican los casos de rabia notificados por los países de Centro América y Panamá en el curso del año.

Como en años anteriores, la Organización facilitó a laboratorios e institutos nacionales cepas de virus de rabia para la producción de vacuna y cepas de virus de prueba, así como vacunas estándar y suero. Los asesores de la OSP/OMS en veterinaria de salud pública prestaron asimismo servicios de asesoramiento para establecer o ejecutar programas antirrábicos nacionales y locales y para mejorar los procedimientos de diagnóstico, así como para la producción y prueba de vacunas de rabia y de suero hiperinmune.

En el Brasil, la creación de comités interdepartamentales integrados por representantes de los ministerios de salud y de agricultura, resultó ser un medio extraordinariamente útil de evitar la duplicación de las actividades de campo y de garantizar su coordinación.

CUADRO 19. CASOS DE RABIA NOTIFICADOS EN LOS PAÍSES DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ DURANTE 1960

País	Humanos	Perros	Bovinos	Murciélagos	Gatos	Otros animales	Total
Total	6	144	28	29	5	3	215
Costa Rica	—	—	2	—	—	—	2
El Salvador	2	11	10	—	—	—	23
Guatemala	4	98	2	—	2	—	106
Honduras	—	18	3	2	1	2[a, b]	26
Nicaragua	—	17	7	—	2	—	26
Panamá	—	—	4	27	—	1[b]	32

—Ninguno.
[a] Cerdo.
[b] Caballo.

Servicios de urgencia

Durante 1960, se prestaron servicios de urgencia en varias ocasiones, en relación con los problemas planteados por la rabia. Atendiendo a solicitudes oficiales, se utilizó el Fondo Rotatorio para Compras de Emergencia para suministrar vacuna antirrábica humana y de animales, suero hiperinmune y suministros para el control de perros, con objeto de ser utilizados en brotes de la enfermedad. También se ofreció, en 1960, otra clase de servicio de urgencia—asesoramiento técnico inmediato—con motivo de una epidemia de rabia canina que hubo en el sector meridional de California, E.U.A., y en la parte septentrional de Baja California, México. A petición de las autoridades de salud interesadas, asesores de la OSP/OMS de las Oficinas de El Paso y de la Zona II llevaron a aquella zona una pequeña cantidad de vacuna antirrábica, así como suministros para el control de perros, lo cual permitió comenzar las actividades inmediatamente y continuarlas hasta la llegada de los suministros adquiridos por los propios países.

Durante este brote de la enfermedad, se notificaron 412 casos de animales rabiosos, fueron mordidas 1,055 personas y 774 de ellas recibieron tratamiento antirrábico.

CUADRO 20. ACTIVIDADES ANTIRRÁBICAS EN EL VALLE DE MEXICALI Y EN EL CONDADO IMPERIAL HASTA FIN DE OCTUBRE DE 1960

Area	Población calculada		Cálculo de perros vagabundos eliminados	Cálculo de perros vacunados	Personas		Perros rabiosos		
	Humana	Canina			Mordidas	Tratadas	Confirmados en el laboratorio	Diagnosticados clínicamente	Total
Total	296,000	36,300	9,543	18,593	1,055	774	109	303	412
Mexicali (México)	225,000	24,000	5,284	10,811	870	670	71	137	208
Condado Imperial (E.U.A.)	71,000	12,300	4,259	7,782	185	104	38	166	204

Se desconoce la fuente del virus de rabia introducido en la población canina de aquella área, pero las pruebas de la presencia de la enfermedad en el ganado local y en los murciélagos obtenidas anteriormente parecen indicar que la rabia es endémica entre los animales silvestres del lugar y puede haber sido transmitida a la población canina doméstica por coyotes o por perros salvajes.

Otras actividades

La Oficina preparó un folleto, titulado "Rabia—Tratamiento humano", que se publicará en inglés, español y portugués. El texto de esta publicación, que aparecerá en 1961, está tomado del Cuarto Informe del Comité de Expertos de la OMS en Rabia (*Org. mund. Salud: Ser. Inf. técn.* 1960, **201**) y comprende una Guía para el tratamiento específico después de la exposición.

El personal de campo de la OSP/OMS colaboró con las autoridades nacionales de salud con respecto a un cuestionario de la OMS destinado a obtener información sobre la incidencia de la rabia y las medidas de control de esta enfermedad.

Brucelosis

La brucelosis en el hombre y en los animales continúa siendo un problema de salud pública y económico importante en todos los países del Hemisferio Occidental. En 1960, la frecuencia de la enfermedad pareció hallarse en proporción directa con el interés prestado a la misma por las autoridades de sanidad y agricultura y los clínicos del país respectivo. El Cuadro 39 de la publicación *Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas, 1949–1958* (Publicación Científica de la OPS, N° 48) muestra que si bien algunos países notifican casos tanto animales como humanos, la mayoría notifican únicamente los unos o los otros. En un país, el promedio de casos humanos notificados anualmente era alrededor de 1,000; por consiguiente, cabe suponer que había también muchos casos animales, pero no se notificó ninguno. No es difícil imaginar cuál sería el panorama general si todos los interesados en esta enfermedad humana y animal concedieran a la brucelosis la atención debida. No obstante, en el transcurso del año hubo muchos indicios de que el interés por la brucelosis va en aumento en algunos países; la mayoría del personal de salud pública abunda ahora en la opinión de que el modo más práctico de evitar la brucelosis humana consiste en controlar o erradicar la enfermedad en los animales.

Canadá y los Estados Unidos de América prosiguieron intensamente sus programas de erradicación de la brucelosis bovina durante 1960. El programa de Canadá se desarrolla en todas las provincias, habiéndose efectuado las pruebas correspondientes en un tercio, aproximadamente, del ganado del país. La Secretaría de Agricultura de los Estados Unidos de América informó de que a fines de diciembre el programa nacional de erradicación se encontraba en marcha en el 77%, aproximadamente, de los condados del país, esperándose que para 1964 participarán en el programa la totalidad de los mismos. Las pruebas con respecto a brucelosis realizadas durante el año en los Estados Unidos de América indicaron que unos 32,000 hatos de ganado comprendían animales infectados; 135,733 animales fueron clasificados como reactores.

En la Argentina, el Ministerio de Agricultura inició en 1960 un programa de erradicación en el ganado bovino, con la colaboración del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, la Comisión Nacional de Administración del Fondo de Apoyo al Desarrollo Económico, y el Centro Panamericano de Zoonosis. Este programa nacional de erradicación se inició en la Provincia de Buenos Aires, en una zona piloto que comprendía tres partidos con un millón de cabezas de ganado.

En los países de América Central, se han venido efectuando desde hace tres años pruebas con respecto a brucelosis en el ganado y algunos de los resultados de esta labor se resumen en el Cuadro 21. Si bien el número de cabezas sometido a prueba es relativamente bajo, es evidente que la enfermedad existe en todos los países centroamericanos. En cada uno de ellos se llevan a cabo programas de vacunación.

CUADRO 21. BRUCELOSIS EN LOS PAÍSES DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ, 1958–1960

País	Animales sometidos a pruebas serológicas y porcentaje que representan sobre la población ganadera						Reactores hallados y porcentaje del ganado sometido a prueba					
	1958	%	1959	%	1960	%	1958	%	1959	%	1960	%
Total	52,577	0.93	136,806	2.44	58,843	1.06	2,381	4.52	4,283	3.12	2,144	3.60
Costa Rica	7,464	0.94	30,240	3.8	14,153	1.77	621	8.32	1,941	6.42	1,141	8.06
El Salvador	4,639	0.58	4,320	0.54	14,087	1.76	501	10.80	486	11.25	177	1.25
Guatemala	5,221	0.5	5,220	0.5	10,248	1.0	703	5.34	283	5.42	388	3.78
Honduras	16,888	1.50	8,860	0.8	3,059	0.27	82	0.45	76	0.86	23	0.75
Nicaragua	5,292	0.44	80,000	6.66	9,001	0.75	172	3.25	1,312	1.64	167	1.85
Panamá	13,073	2.22	8,166	1.4	8,295	1.42	302	2.31	185	2.27	248	2.98

Trabajos de laboratorio

El diagnóstico de laboratorio y la producción de vacuna son actividades esenciales en todo programa contra la brucelosis. Para prestar asistencia a los países en esta labor, la Organización ha facilitado periódicamente cultivos frescos de cepas de *Brucella* para la producción de diferentes antígenos y de vacuna. Se proporcionan también sueros de títulos específicos para la estandarización de los antígenos. Los productos son suministrados por la Sede de la OSP o por el Centro Panamericano de Zoonosis, que también facilita servicios de laboratorio a los países. Esta clase de colaboración a los países se ha establecido como resultado de actividades anteriores llevadas a cabo por la Organización, que pusieron de manifiesto el hecho de que pocos países utilizaban materiales y técnicas estándar en su labor contra la brucelosis.

Vacuna contra la brucelosis

La prevención de la brucelosis humana estriba en el control y erradicación de la enfermedad en los animales. Si bien no se conoce actualmente droga alguna que dé resultado para el tratamiento de la brucelosis en los animales, la enfermedad puede prevenirse en forma eficaz mediante la vacunación de terneros poco antes de que éstos lleguen a su edad adulta. Durante la última década, la vacuna de cepa 19 contra la brucelosis ha resultado ser un eficaz agente inmunizador del ganado. Sin embargo, no es útil con respecto a los corderos y cabras, que son importantes para la alimentación en algunos países, así como fuentes de infección humana.

Los trabajos de investigación llevados a cabo en diversas partes del mundo y coordinados por la Sede de la OMS, culminaron en el desarrollo de la vacuna Elberg para ganado cabrío. En el Centro Panamericano de Zoonosis, establecido en Azul, Argentina, se iniciaron estudios de campo de esta vacuna, producida con cepas vivas atenuadas de *Brucella melitensis*, y la Oficina de la Zona II de la Organización ha emprendido negociaciones para llevar a cabo estudios similares en México.

El desarrollo satisfactorio de esta vacuna puede contribuir en gran parte a eliminar la brucelosis humana en las zonas en que muchos de sus habitantes viven en contacto estrecho con cabras, y de las cuales obtienen la carne, leche y queso para su consumo.

Centro Panamericano de Zoonosis

En 1960, se continuó ampliando el programa de investigaciones, las actividades docentes y los servicios técnicos del Centro Panamericano de Zoonosis (CPZ) en Azul, Argentina. El hecho de que los países vayan concediendo cada vez mayor atención a los problemas de zoonosis y de que los propios países vayan desarrollando investigaciones y programas de control de campo más adecuados, indica de manera alentadora la contribución que viene aportando el Centro a ese respecto.

Investigaciones

Las investigaciones del Centro tienen por finalidad proporcionar los datos necesarios para el desarrollo de programas eficaces de control de las zoonosis. Permiten asimismo ofrecer a estudiantes graduados un adiestramiento sobre los métodos y técnicas de la investigación científica. Y permiten, además, colaborar, cuando es necesario y posible, en estudios sobre zoonosis llevados a cabo en otras instituciones.

Prosiguieron durante el año los estudios sobre la preparación y ensayo de la vacuna Sterne contra el ántrax, y fue también objeto de estudio una nueva técnica para la prueba de Ascoli de precipitación.

Se completó un estudio de campo en el que se utilizó vacuna Elberg para cabras infectadas por *Brucella melitensis*; prosiguió la encuesta sobre la extensión y naturaleza de la

enfermedad en el ganado lanar y continuaron también los estudios sobre un organismo parecido a la *Brucella* aislado del semen de carnero.

En el campo de la hidatidosis, prosiguieron, aunque en menor escala, las actividades encaminadas a mejorar el método de tratamiento de perros infectados por *Echinococcus granulosus*; se realizaron nuevos trabajos en un estudio comparativo de las pruebas intradérmicas y de laboratorio para el diagnóstico de la hidatidosis en el hombre; quedó casi terminada la evaluación de una fracción de fluido quístico como posible substancia inmunógena para las ovejas, y se exploró la incidencia de la enfermedad en los animales silvestres.

Continuaron adelantando los estudios sobre la epizootiología y epidemiología de la leptospirosis y sobre las medidas para su control. En Argentina, Chile, Perú y Uruguay se iniciaron, en colaboración con instituciones nacionales, encuestas serológicas sobre la fiebre Q en los animales y en el hombre, utilizando la prueba de Luoto de tubo capilar. También se efectuó un estudio de una serie de casos de diarrea infantil para determinar la acción de las *Salmonella*, y, entre los trabajos efectuados en relación con la triquinosis, figuraron un estudio de campo en una zona epidémica y pequeñas encuestas serológicas en ganado porcino y en ratas.

Se realizaron asimismo investigaciones sobre el desarrollo de equipo y métodos para el cuidado y cría de animales de laboratorio.

Enseñanza

El Centro ofrece, en materia de zoonosis, un adiestramiento sobre el terreno y en el laboratorio, que no se puede obtener en ningún otro lugar. El gran número de peticiones formuladas para obtener información y el de solicitudes presentadas demuestran el interés y la necesidad de un adiestramiento de esta naturaleza.

En 1960, la Organización concedió becas a tres graduados procedentes de Argentina, Ecuador y Nicaragua para asistir al curso de estudios avanzados que se inició en 1959. Además, el Centro recibió a cinco estudiantes especiales por períodos que oscilaron entre una y varias semanas. Igualmente, un investigador del laboratorio nacional de salud del Ecuador y otro de una escuela de medicina de la

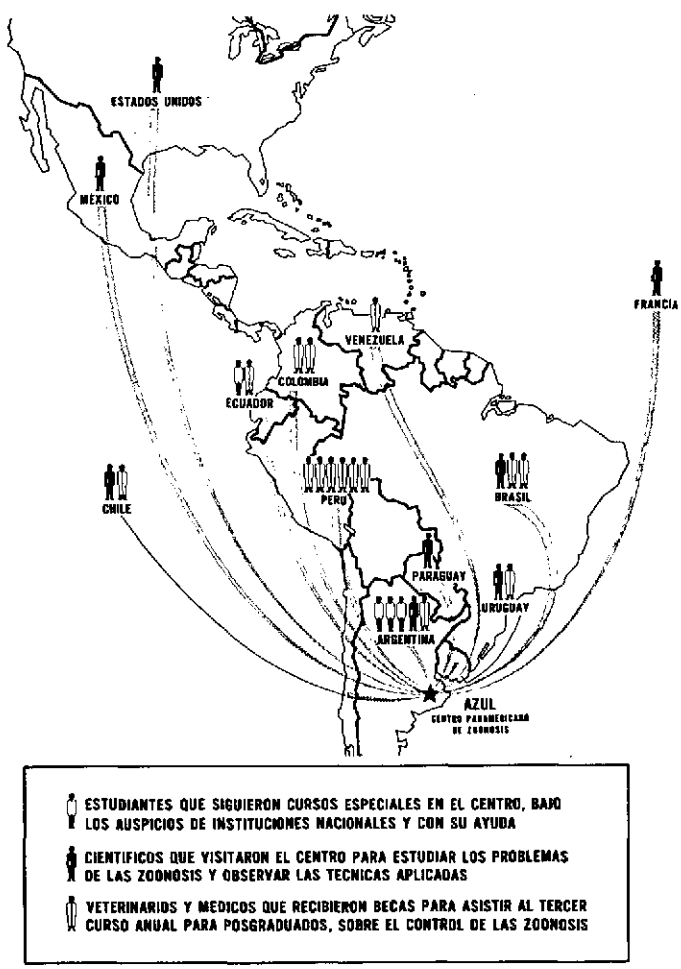


Fig. 14. País de origen de los estudiantes del Centro Panamericano de Zoonosis y de los científicos visitantes.

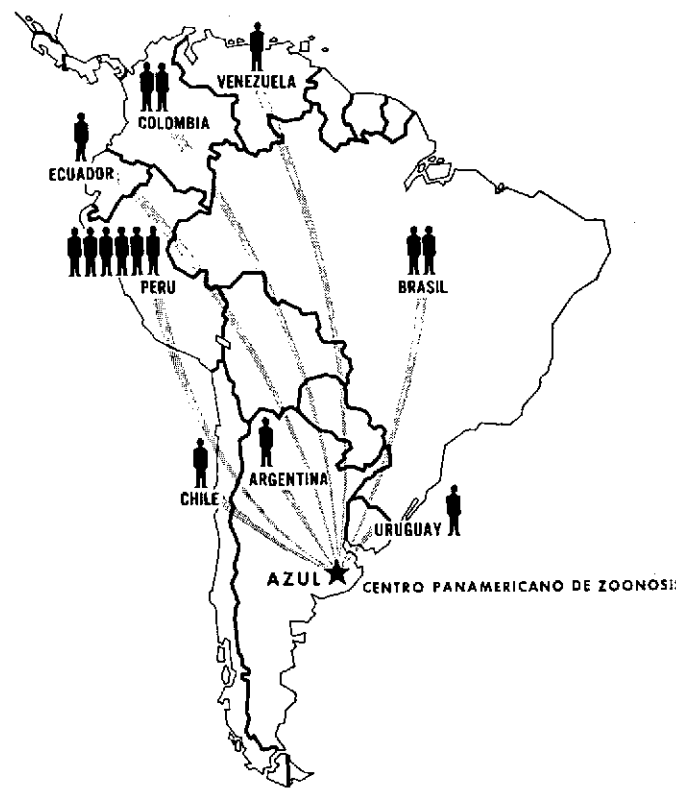


Fig. 15. Médicos y veterinarios de los países de las Américas a quienes la OPS/OMS otorgó becas para asistir al Tercer Curso de Adiestramiento en el Control de las Zoonosis, 1960.

Argentina estudiaron las técnicas de diagnóstico, de producción biológica y de investigación aplicables a la rabia, a la leptospirosis y a otras zoonosis. Científicos procedentes de dos laboratorios de la Argentina estudiaron métodos de producción y ensayo de antígenos de *Brucella* y vacuna de cepa 19. Se proporcionó adiestramiento, durante un mes, sobre cuidado y cría de animales de laboratorio a un técnico de un instituto de investigaciones de la Argentina. Las instituciones respectivas patrocinaron y costearon el adiestramiento de este personal.

Científicos procedentes de la Argentina, Brasil, Chile, Estados Unidos de América, Francia, México, Paraguay y Uruguay, algunos de los cuales con becas de la OPS/OMS, permanecieron en el Centro durante períodos más o menos prolongados con objeto de examinar los problemas de zoonosis y observar las técnicas aplicables.

En el mes de enero se celebró el Tercer Curso Anual para Posgraduados sobre el Control de las Zoonosis, al que asistieron 15 veterinarios y médicos procedentes de ocho países. Este curso está dedicado exclusivamente a personas que han completado los estudios posgraduados en salud pública y que proyectan dedicarse al control o al estudio de las zoonosis. La mayoría de los asistentes eran funcionarios de ministerios de salud o de agricultura, aunque había también algunos profesores de facultades de medicina o de medicina veterinaria. Todos los participantes disfrutaban de becas concedidas por la Organización y financiadas por el Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos (OEA/PCT).

Las secciones de biblioteca y de medios audiovisuales continuaron recogiendo y preparando material educativo y de consulta. Fueron donadas al Centro varias valiosas series de revistas técnicas procedentes de colecciones particulares.

Servicios técnicos

El Centro ofreció nuevamente una serie de servicios a los países de las Américas para apoyar la labor que se viene llevando a cabo en relación con las zoonosis. Los servicios de consulta se facilitaron por correspondencia y mediante visitas al Centro.

Continuaron en la Argentina y en el Paraguay, respectivamente, las demostraciones sobre el terreno del uso de bacterina, para el control de la leptospirosis bovina, y de vacuna avianizada para el control de la rabia bovina.

Se iniciaron en la Argentina proyectos de demostración sobre el uso de vacuna avirulenta en el control del ántrax en el ganado lanar, así como sobre la erradicación de la brucelosis en grandes establecimientos lecheros y sobre la erradicación de la tuberculosis bovina en algunos ranchos. Se colaboró en la planificación y preparación de un programa experimental de erradicación de la brucelosis en una zona que comprende tres municipalidades de la Provincia de Buenos Aires.

Se publicaron durante el año cuatro números del boletín trimestral titulado *Zoonosis*, que se edita en español. Son prueba del valor de esta publicación, que lleva ya apareciendo dos años, la frecuente demanda de ejemplares de que es objeto y el número de artículos de la misma que han sido reproducidos en otras publicaciones de las Américas y de Europa. Se publicó en español la Nota Técnica N° 3, "Elaboración y normalización de antígenos para las pruebas de seroaglutinación de la brucelosis", y se completaron los resúmenes de la información disponibles sobre la distribución y frecuencia en las Américas de dos zoonosis: ántrax y tuberculosis. Se proporcionó información, siempre que fue solicitada, acerca de una diversidad de aspectos de distintas zoonosis, así como datos bibliográficos.

Fueron preparadas y proporcionadas para uso oficial cepas estándar y especiales de microorganismos. Atendiendo a las solicitudes de muchos países de las Américas y de otras

Un estudiante de Nicaragua, que sigue un curso de adiestramiento para posgraduados en el Centro Panamericano de Zoonosis, Azul, Argentina, aplica una inyección a un burro para la preparación de suero destinado a la prueba de precipitación de Ascoli respecto al ántrax.

naciones, el Centro facilitó cinco cepas del bacilo del ántrax para la producción de vacuna y para inoculaciones de prueba; cinco cepas de *Brucella* para la preparación de antígeno y de vacuna y para su empleo como cepas de referencia a los efectos de identificación; doce serotipos de *Leptospiras* para la producción de antígenos o para la preparación de sueros específicos a los efectos de tipificación; seis cepas de virus de rabia para la producción de vacuna y para inoculaciones de prueba, y cinco cepas del organismo de la tuberculosis para la producción de tuberculina o para los fines de referencia.

También se elaboraron cantidades limitadas de antígenos, vacunas y sueros, que fueron distribuidos para los fines de estandarización biológica y de investigaciones y encuestas. Los más solicitados fueron los antígenos de *Brucella* para las pruebas en tubo y en placa y del anillo en la leche. Se facilitaron lotes limitados de vacuna de cepa 19 para la brucelosis y de la vacuna avirulenta Sterne para el ántrax, así como un lote de antígenos Casoni para su empleo en una encuesta sobre el terreno. Entre otros productos biológicos preparados a fines de diciembre para su futura distribución figura el suero para la prueba de Ascoli de precipitación para el diagnóstico del ántrax y el suero antirrábico de referencia.

En el curso del año, el Centro ensayó vacunas antirrábicas para Argentina, Canadá y Paraguay, así como vacuna de cepa 19 contra la brucelosis para varios países. Se prestaron servicios de referencia para diagnóstico en relación con la brucelosis, leptospirosis, rabia y triquinosis. En el Cuadro 22 figuran el número y la clase de muestras recibidas en los laboratorios del Centro durante 1960.

CUADRO 22. MUESTRAS RECIBIDAS EN LOS LABORATORIOS DEL CPZ, EN 1960[a]

Clase de muestra	Número de lotes	Número de especímenes
Total	699	8,522
Materiales para diagnóstico		
Animales enteros	281	3,565
Otros especímenes	387	4,900
Productos biológicos para ser sometidos a prueba	28	29
Agentes etiológicos para identificación	3	28

[a] Hasta el 30 de noviembre de 1960.

Personal e instalaciones

No se registró ningún cambio en el personal internacional, que está integrado por tres científicos y un funcionario administrativo, pero el número del personal local, constituido por trabajadores paraprofesionales, semiespecializados o no especializados, aumentó de 25 a 28.

Las instalaciones del Centro resultan insuficientes para las necesidades actuales; si, en lo futuro, las peticiones de servicios formuladas por los países continúan al mismo ritmo, es indudable que el Centro no podrá atenderlas debidamente. Si bien quedaron ultimados los planes para la construcción de los locales que se necesitan con más urgencia—laboratorios, corrales para animales experimentales y locales para servicios generales—no pudieron ser llevados a la práctica por falta de fondos. Las limitaciones financieras impusieron serias restricciones a la cantidad y variedad de equipo y suministros disponibles para las actividades técnicas.

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa

Pocos cambios hubo durante el año en la situación general referente a la fiebre aftosa en las Américas. Tanto Norteamérica como Centroamérica y el Area del Caribe mantuviéronse libres de la enfermedad, pero ésta existió en todos los países de Sudamérica, salvo la Guayana Británica, la Guayana Francesa y Surinam.

Los Gobiernos de los países infectados intensificaron sus programas, cuyo objetivo final es la erradicación de la enfermedad. El acontecimiento más notable a este respecto fue el planeamiento, por parte de la Argentina, de una campaña nacional contra la fiebre aftosa, para la cual se presupuestaron 500 millones de pesos argentinos. En Chile y el Uruguay, se establecieron recientemente comisiones especiales encargadas de estudiar los medios de emprender campañas similares. El Gobierno del Ecuador manifestó también su propósito de combatir radicalmente la enfermedad, que está circunscrita al litoral del país. El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa ha colaborado estrechamente en todas estas actividades.

Programa de investigaciones

En el programa de investigaciones llevado a cabo por el Centro volvió a concederse la mayor importancia al desarrollo de una vacuna de virus vivo modificado. Uno de los obstáculos con que se tropieza en este tipo de investigación es la dificultad de obtener ganado que no haya sido vacunado o expuesto a la infección, en los países en que la enfermedad es enzoótica. En el año de que se informa, se adoptaron medidas para obviar esta dificultad iniciando para ello un programa de colaboración con el Ministerio de Agricultura de Venezuela, el cual convino en facilitar ganado susceptible importado de los Estados Unidos de América. El primer experimento que se efectuó en el Instituto del Ministerio en Maracay, consistió en establecer una comparación entre una cepa tipo "O" de origen venezolano, modificada en el Instituto mediante el pase en embriones de pollo, y una cepa de origen brasileño que había sido sometida a pases en conejos. Cuando la inmunidad del ganado vacunado fue

Un oficial médico del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa extrae, con la ayuda de dos peones, tejidos lesionados de la lengua de un novillo infectado de fiebre aftosa.

puesta a prueba mediante la inoculación del virus venezolano no modificado, la cepa brasileña no resultó tan eficaz como la cepa venezolana modificada. Puede explicarse la diferencia entre las actividades manifiestas de las vacunas como si se debiera a diferencias de subtipo entre las dos cepas de virus. Actualmente se proyecta continuar los experimentos con la cepa modificada en una granja experimental del Gobierno en Venezuela.

Prosiguieron durante el año los programas de investigación realizados en colaboración con el Instituto Biológico del Consejo de Agricultura del Estado de São Paulo y con el Instituto de Investigaciones Veterinarias "Desidério Finamor" del Consejo de Agricultura, Industria y Comercio del Estado de Río Grande do Sul, Brasil. El primero de dichos Institutos está investigando el efecto de la inoculación de virus vivo modificado en vacas preñadas, y el segundo está evaluando el virus vivo modificado como vacuna para cerdos y ovejas. El Centro ha mantenido activamente el contacto y el intercambio de información con los demás laboratorios dedicados a la investigación sobre estos importantes aspectos de la fiebre aftosa.

La producción de vacunas de virus muerto es de primordial importancia, ya que el desarrollo de una vacuna de virus vivo se encuentra aún en su fase experimental. Debido a la necesidad de hallar fuentes de virus para producir vacuna distinta de la que proporciona el ganado inoculado antes de su sacrificio, en el programa de investigación del Centro ha figurado siempre el estudio de las técnicas de cultivo de virus. En el Centro se ha venido empleando desde hace varios años la técnica de Frenkel, consistente en utilizar secciones de epitelio lingual de bovino en cultivos en suspensión, y se han recibido frecuentes peticiones de adiestramiento de personal de laboratorio en este método de producción de virus. Más recientemente, se han utilizado cada vez más las técnicas de cultivo tisular, en particular el cultivo de virus en monoestratos de células renales de bovinos. El estudio de este método, y el de muchos problemas y aplicaciones afines, ha seguido ocupando un lugar importante en el programa de investigación.

La mayoría de la vacuna producida a escala comercial en Sudamérica no está sometida a las debidas pruebas de actividad y control de calidad, debido al gasto que supone la obtención de ganado susceptible y el mantenimiento de establos aislados. Por consiguiente, otra característica del programa de investigación ha sido el desarrollo de pruebas de actividad de vacuna en animales de laboratorio. La primera fase de esta investigación llegó a su término satisfactoriamente en 1960, cuando el Centro desarrolló una prueba en la que se utilizan ratones adultos y ciertas cepas de virus modificadas. Se prosigue esta labor a fin de acumular los datos necesarios para establecer una correlación entre los resultados de las pruebas hechas empleando ratones y ganado vacuno.

Programa de adiestramiento

En el año de que se informa se celebraron dos cursos de adiestramiento. Uno, en Bogotá, Colombia, del 5 al 18 de junio, con la colaboración del Ministerio de Agricultura, la Facultad de Medicina Veterinaria de la Universidad Nacional, y el Instituto Zooprofiláctico. La finalidad de este curso era ofrecer a los oficiales veterinarios, procedentes de zonas no infectadas, la ocasión de adquirir conocimientos sobre la fiebre aftosa. Se dieron conferencias acerca de la importancia económica de la enfermedad, los métodos de evitarla y las medidas que deben adoptarse en el caso de que surja un brote en un país no contaminado anteriormente. El trabajo de campo comprendió el estudio de casos clínicos de la enfermedad en ganado bovino y porcino, en las debidas condiciones de aislamiento. Los estudiantes que asistieron al curso procedían de Bahama, Curazao, Guayana Británica, Guayana Francesa, Jamaica, Martinica, Puerto Rico, Surinam y Trinidad.

El otro curso tuvo lugar en Río de Janeiro, Brasil, del 7 de noviembre al 3 de diciembre, y en él fueron objeto de estudio los hechos recientes ocurridos en el campo de la vacuna de virus vivo modificado. Se enseñó a los estudiantes los métodos de laboratorio utilizados en la modificación de cepas de virus para su uso como vacunas, y las técnicas empleadas en la comprobación de vacunas. En la última semana asistieron al curso los directores de los departamentos de sanidad pecuaria de los ministerios de agricultura de todos los países infectados de las Américas. Los 21 estudiantes procedían de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela; 17 de ellos habían recibido becas de la OPS/OMS.

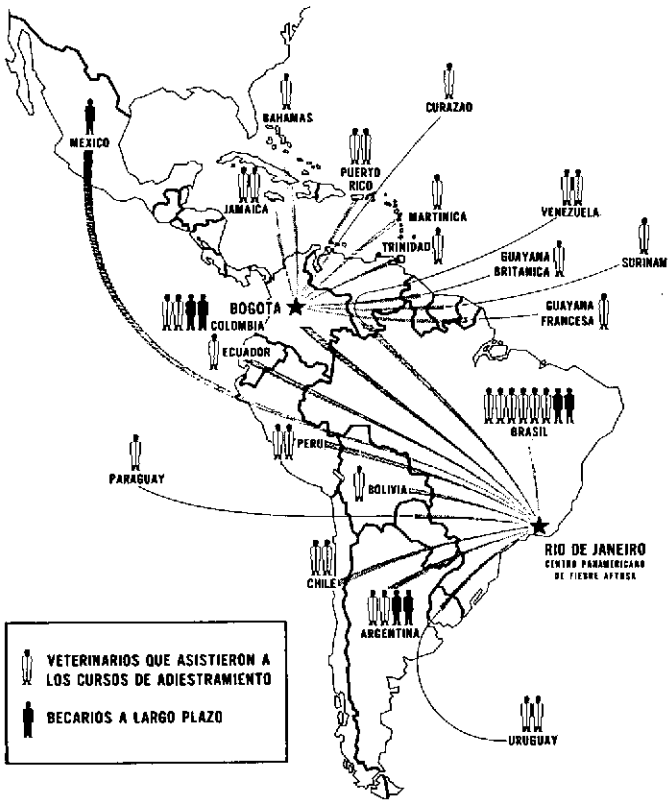


Fig. 16. Países de origen de los veterinarios que asistieron a los cursos de adiestramiento sobre la fiebre aftosa, y de los becarios a largo plazo que estudiaron en el Centro.

De los siete becarios a largo plazo que estudiaron en el Centro durante el año, 2 procedían de la Argentina, 2 del Brasil, 2 de Colombia y 1 de México.

Servicios técnicos

Servicios de referencia para diagnóstico. Se recibieron para su examen unas 500 muestras de virus procedentes de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Uruguay y Venezuela. Resultó que todas las muestras procedentes de los países de Centro América correspondían a casos de estomatitis vesicular y no de fiebre aftosa. El Centro examinó asimismo 3,980 muestras de suero, la mayoría de ellas de ganado bovino.

Como en años anteriores, se siguió enviando cepas de virus y antisueros para trabajos de tipificación a los laboratorios que lo solicitaron.

Se mantuvo una estrecha colaboración con el Laboratorio Mundial de Referencia para la Fiebre Aftosa, de Pirbright, Gran Bretaña, donde el serólogo del Centro pasó dos meses estudiando las técnicas utilizadas actualmente en la identificación de subtipos de virus y examinando, en colaboración con el personal, determinadas cepas de virus de origen sudamericano.

Consultas de campo. Continuó aumentando en 1960 la labor habitual del Centro en lo relativo a consultas de campo. Varios miembros del personal hicieron breves visitas a Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela. Se prestó asistencia de carácter más especializado al Ecuador, donde se habían obtenido nuevas pruebas de la existencia de fiebre aftosa en su zona costera. Uno de los virólogos del Centro estuvo dos meses en Lima, Perú, colaborando con el Instituto Nacional de Fiebre Aftosa en su tarea de producción de vacuna mediante la técnica Frenkel.

Como se ha dicho ya, uno de los acontecimientos notables del año fue la decisión del Gobierno de la Argentina de intensificar sus actividades de control de la fiebre aftosa. La campaña que se proyecta tendrá un alcance como nunca se ha intentado hasta ahora en Sudamérica. A fin de que el Centro pueda prestar la máxima asistencia, se convino que el Jefe de los Servicios de Campo pasara tres meses en la Argentina durante la fase inicial de la campaña. También se solicitó el asesoramiento del Centro para obtener los servicios de un consultor de laboratorio por un período de un año, en espera de que la Argentina establezca un nuevo instituto para el control de vacunas y tipificación de virus.

En 1960, continuó el programa de colaboración interpaíses relativo a Colombia, Ecuador, Panamá y Venezuela, que se inició como resultado de la Conferencia Internacional Antiaftosa, celebrada del 12 al 18 de abril de 1959, en Bogotá. En Maracay se celebró una segunda conferencia, del 20 al 24 de junio, con la colaboración del Ministerio de Agricultura de Venezuela. En ella participaron asimismo representantes de Colombia, Panamá y Venezuela; el Ecuador no estuvo representado en esta reunión. Se presentaron informes relativos al período transcurrido desde la primera conferencia, se hizo una evaluación de la marcha de los trabajos y fueron aprobadas las recomendaciones oportunas para la continuación de la campaña en la zona. Estas dos conferencias han atraído una considerable atención. En la reunión de los directores de sanidad pecuaria, celebrada en relación con el decimocuarto curso de adiestramiento ofrecido por el Centro, se solicitó de éste que organizara en 1961 una reunión de tipo similar para los países de la región del Río de la Plata.

Reuniones

Durante el año, mantuvo el Centro una estrecha relación con otras organizaciones interesadas en la fiebre aftosa, con objeto de cambiar información y mantenerse al corriente de los nuevos adelantos en la materia. El director del Centro asistió a la novena reunión de la Comisión Permanente de Fiebre Aftosa y a la 28a Reunión General del Comité de la Oficina Internacional de Epizootias (OIE), en

París; el Jefe de los Servicios de Campo asistió a la octava reunión del Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA), en San Salvador, El Salvador, y el Jefe de Laboratorios asistió al Primer Congreso Panamericano de Biología y Patología Experimental, en Caracas. En octubre, un miembro principal del personal del Instituto Británico de Investigación de la Fiebre Aftosa visitó el Centro en calidad de consultor temporal.

Publicaciones científicas

Se prepararon para presentarlos a reuniones técnicas o publicarlos en revistas científicas o en volumen por separado, trabajos relativos a las siguientes materias: (a) Conferencia Internacional Antiaftosa (Publicaciones Varias de la OPS, N° 55); (b) Epizootiología y profilaxis de la fiebre aftosa en las Américas; (c) Control de la fiebre aftosa en las Américas, por regiones; (d) Requisitos mínimos para la importación de ganado procedente de un país que tiene tipos de virus de fiebre aftosa distintos a los del país importador; (e) Una prueba de actividad de vacuna en ratones adultos; (f) Diferencia en la patogenia de virus modificados de fiebre aftosa en distintos huéspedes; (g) Demostraciones de una respuesta inmune a la vacuna de fiebre aftosa en una prueba de protección hecha con ratones adultos jóvenes; (h) Investigación del poder profiláctico y curativo del suero de la fiebre aftosa en ratones blancos; (i) Virus modificado de fiebre aftosa; (j) Producción económica de virus de fiebre aftosa por el método Frenkel para la preparación de vacuna.

Hacia fines del año, el Centro empezó a distribuir un boletín mensual entre las instituciones y laboratorios nacionales y locales interesados en la fiebre aftosa en las Américas. Este boletín contiene referencias bibliográficas relativas a trabajos científicos publicados en las revistas recibidas en el Centro.

Instalaciones

Las instalaciones del Centro aún dejan mucho que desear. La falta de instalación apropiada para el ganado ha sido un obstáculo constante para el desarrollo del programa de investigación, y esta situación empeoró a fines de año debido a que ya no se podía disponer de ciertas instalaciones temporales.

Financiamiento del Centro

Desde su fundación, el Centro ha sido financiado por el Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos (OEA/PCT). Se tiene la seguridad de poder contar con esta fuente de financiamiento hasta 1962, inclusive.

En una Sesión Especial del Consejo Interamericano Económico y Social de la OEA, celebrada en Buenos Aires, Argentina, en 1959, se aprobó una resolución encomendando al Consejo que ampliara el programa actual del Centro. La primera medida para esa ampliación fue adoptada por la OEA/PCT en 1960; el presupuesto para 1961 contiene asignaciones de fondos para establecer cuatro nuevos puestos de personal internacional.

Otras zoonosis

Durante 1960, las zoonosis en general, así como las distintas zoonosis en particular, fueron objeto de constante preocupación por parte de los países de las Américas y de la Organización. Además de las actividades de control de la peste, rabia y brucelosis, de las que se habla en otras secciones del presente informe, muchos países establecieron o continuaron programas de lucha contra la tuberculosis, la hidatidosis, la leptospirosis, las encefalítides por virus, la salmonelosis, el ántrax, la triquinosis, la teniasis y otras zoonosis.

No hay duda de que se intensificarían las actividades correspondientes si se dispusiera de una información adecuada sobre la prevalencia e incidencia de las zoonosis, pues a la luz de estos conocimientos sería posible determinar cuáles son las enfermedades que deben recibir consideración primordial. Podría lograrse la información adecuada mediante disposiciones oficiales que obligasen a la notificación o bien que hicieran posible la notificación voluntaria, y también mediante la extensión de los medios de diagnóstico a las zonas que actualmente los necesiten.

La publicación *Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas, 1949-1958* (Publicación Científica de la OPS N° 48) contiene, por primera vez, datos sobre el número de casos de nueve zoonosis en animales (correspondientes a los años 1956–1958). En un cuadro especial, están reunidos los datos de casos notificados de cuatro enfermedades (ántrax, brucelosis, hidatidosis y rabia) en el hombre y en animales. Estos datos demuestran la existencia de una considerable morbilidad debida a algunas zoonosis, así como la falta de información sobre otras; por ejemplo, un país que notificó 36 casos de rabia humana en un año, no notificó ni un solo caso en animales.

La leptospirosis es una enfermedad que está constituyendo ya un problema prácticamente en todos los países de las Américas. Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia e incidencia de dicha enfermedad son mayores de lo que se sospechaba y que entre las principales fuentes de infección humana—los bovinos, los perros y las ratas—la primera es la más importante.

Según la información que proporciona la literatura relativa a esta materia, de los 60 serotipos de *Leptospira* aislados en el mundo, 7 fueron identificados en Meso-

américa y 5 en Sudamérica; y ciertas técnicas epidemiológicas y de laboratorio, actualmente en uso, tienden a entorpecer el descubrimiento de los casos de leptospirosis.

Durante el año, la Organización proporcionó nuevamente a los laboratorios su estuche para adiestramiento en leptospirosis, que consiste en un manual de técnicas de laboratorio, un cultivo de *Leptospira biflexa* patógena no humana y su antisuero específico. Asimismo se proporcionaron, cuando fueron solicitados, cultivos de varios serotipos. Los Laboratorios de Referencia de la OMS/FAO para la Leptospirosis (Walter Reed Army Medical Center, Washington, D. C.) y el Centro Panamericano de Zoonosis facilitaron artículos de laboratorio.

En muchos países se viene prestando un interés cada vez mayor a otra zoonosis, la histoplasmosis, que, según han revelado nuevas pruebas epidemiológicas, puede tener tanta importancia para los que habitan en zonas urbanas como para los que viven en medios rurales. Así como la infección en las zonas rurales se atribuye con frecuencia a la exposición al estiércol o a fuentes contaminadas por el mismo, la infección urbana puede relacionarse directamente con la exposición a fuentes contaminadas con excreta de aves, siendo probablemente los pájaros gregarios de las ciudades los que dan lugar a que se creen sitios donde se produce el hongo causante de la enfermedad.

Se proporcionó histoplasmina a la Argentina en donde se lleva a cabo, con la colaboración técnica de consultores de la Organización, una encuesta sobre la prevalencia de la tuberculosis en la que están incluidas las pruebas cutáneas.

EDUCACION Y ADIESTRAMIENTO

Educación profesional

La grave escasez de médicos y de otro personal de salud obliga a conceder alta prioridad a la educación y al adiestramiento. Ningún país puede contar con servicios de salud que se ajusten plenamente a sus necesidades peculiares si no se halla en condiciones de adiestrar a su propio personal de salud. En consecuencia, una importante parte de las actividades de la Organización han estado dedicadas siempre a colaborar con los países en el esfuerzo encaminado a robustecer sus respectivos medios e instalaciones de adiestramiento para el personal profesional y auxiliar de salud pública.

La Organización colabora con los Gobiernos mediante la prestación de servicios de consultores, contratación de profesores visitantes, suministro de libros y equipo y organización de encuestas y seminarios, hasta el momento en que los medios de adiestramiento de que disponen los Países Miembros alcanzan el nivel deseado. De todos modos, uno de los procedimientos fundamentales consiste en la concesión de becas y de subvenciones para viajes a profesores y maestros, a fin de que éstos puedan transmitir los conocimientos que adquieran a los estudiantes y a los graduados. En este campo, particularmente, la Organización puede también desempeñar un papel muy útil como organismo coordinador y centro de recepción y distribución de información, como lo ha venido haciendo a través del Centro de Información sobre Educación Médica.

Educación médica

Todos los países de América Latina cuentan con una o varias escuelas de medicina. En 1960 había 94 de estas escuelas, o sea 6 más que en 1959. Sin embargo, el número de estudiantes que se gradúan al año varía considerablemente, oscilando entre casi 700 en una escuela a menos de 15 en varias. No hay un sólo país en que el número de médicos que se gradúan anualmente baste siquiera para atender las necesidades corrientes.

La Organización, en su colaboración con las escuelas de medicina ha dedicado especial atención en 1960 a la organización y administración de escuelas de medicina, inclusive la selección de estudiantes, la enseñanza de las ciencias fundamentales, y el lugar que corresponde a la medicina preventiva en el plan de estudios médicos. Para lograr esas finalidades se ha recurrido a varios procedimientos.

En todo el Continente va en aumento el interés que suscitan la organización y administración de las escuelas de medicina, interés que se refleja en el número cada vez mayor de solicitudes de asistencia en este campo que recibe la Organización. En el curso del año, la Organización facilitó los servicios de consultores que, en una reunión celebrada en Mérida, Venezuela, examinaron con los decanos y profesores de las cuatro escuelas de medicina del país una serie de temas, entre ellos, los objetivos de las escuelas de medicina, el contenido de los planes de estudios, los métodos docentes y la reglamentación interna de las escuelas de medicina.

Un grupo de educadores enviados por la Organización realizó una evaluación de la enseñanza médica que bajo los auspicios del Gobierno se lleva a cabo en la Universidad Central de Venezuela. Un miembro del personal de la Oficina de la Sede examinó el actual programa de enseñanza médica en Bolivia. En Honduras un consultor dio asesoramiento técnico sobre la selección de estudiantes por la Escuela de Medicina, la cual estableció un comité de selección y revisó los exámenes de ingreso una vez recibido el informe de dicho consultor. En lo relativo a la selección de estudiantes, se prestó también colaboración a la Escuela de Medicina de la Universidad de Nicaragua. El consultor cuyos servicios proporcionó la Organización para esa labor, colaboró asimismo en la organización del curso de enseñanza premédica, que abarca las ciencias fundamentales.

Fue contratado un consultor especial para completar la encuesta preliminar sobre la enseñanza de las ciencias fundamentales en las escuelas de medicina de la América Latina. Los datos obtenidos con esta encuesta ponen de manifiesto que la mitad de las escuelas no disponen de profesores a tiempo completo para esas disciplinas, y que el número de horas dedicadas a la enseñanza de las ciencias fundamentales varía de 1,000 en algunas escuelas a más de 3,000 en otras.

Continuó dedicándose especial atención a la organización de la enseñanza de la medicina preventiva. Un consultor colaboró con la Escuela de Medicina de la Universidad de Nicaragua, y un profesor de medicina preventiva de una Escuela de Medicina del Brasil prestó servicios de consultor a la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuyo, Mendoza, Argentina. La Organización proporcionó los servicios de tres consultores que colaboraron en la preparación de una mesa redonda sobre la enseñanza de la educación sanitaria en las escuelas de medicina, reunión que se celebró en León, Guanajuato, México, y que fue la tercera de una serie; las reuniones anteriores trataron, respectivamente, el tema de la enseñanza de bioestadística y el del saneamiento del medio. Dicha reunión fue organizada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y participaron en ella profesores de medicina preventiva de la mayoría de las 22 escuelas de medicina de México.

Fig. 17. Escuelas de medicina y de salud pública en las Américas, 1960.

Se concertó un acuerdo tripartito entre la Organización, la Universidad de Chile y la Fundación W. K. Kellogg con el fin de iniciar un programa de adiestramiento en los usos y peligros de los isótopos radiactivos en la medicina clínica. Un miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile recibió adiestramiento en esta materia en los Estados Unidos de América.

Entre los métodos que se han venido empleando para colaborar con las escuelas y los países en la solución de sus respectivos problemas de enseñanza y mejorar la educación médica figuran los de la encuesta y el seminario, cuyos resultados satisfactorios han dado lugar a que hayan aumentado considerablemente las solicitudes de asistencia de este tipo, así como las de visitas con fines de asesoramiento por el personal de la Oficina. Asimismo la Organización colaboró directamente con las escuelas de medicina proporcionándoles los servicios a largo plazo de profesores visitantes de ciencias fundamentales y de medicina preventiva, así como los de consultores, en ciertas materias como, por ejemplo, estadística, parasitología y pediatría. En repetidas ocasiones, el profesor visitante o el consultor participaron en las actividades docentes, aunque su función principal consistió en prestar asesoramiento y colaboración a sus colegas en el país correspondiente. En el curso del año, la Organización contrató los servicios a tiempo completo de un profesor de fisiología para la Escuela de Medicina y Farmacia de Haití.

También se colaboró asesorando sobre organización de bibliotecas médicas y proporcionando cantidades limitadas de equipo. Finalmente, se adjudicaron becas a varios profesores para efectuar estudios a corto y largo plazo con el objeto de dar mayor eficacia a sus enseñanzas.

Salud pública

Los países cuyos servicios locales de salud proporcionan a la mayoría de la población, no sólo atención médica, sino también servicios preventivos, necesitan quizá preparar a una mayor proporción de trabajadores de salud pública. Por esa razón, la Organización dedica especial atención a la educación y al adiestramiento del personal que habrá de encargarse de los servicios médicos y de salud, sobre todo teniendo en cuenta que el personal adiestrado representa una inversión a largo plazo. Se trata con ello de colaborar a fin de garantizar que se proporcione a ese personal llamado a desempeñar funciones principales, los conocimientos técnicos suficientes para poder resolver los problemas de la colectividad y transmitir a su vez esos conocimientos a los estudiantes del país respectivo.

En la actualidad, existen en la América Latina nueve escuelas de salud pública. Seis de ellas—una en Caracas, Venezuela; otra en Bogotá, Colombia; dos en la Argentina y dos en el Brasil—se dedican primordialmente a la formación de personal nacional de los propios países. Las tres restantes—en México, D.F.; São Paulo, Brasil, y Santiago,

Chile—aceptan también estudiantes procedentes de otros países. La Organización ha concedido becas de viaje a profesores principales de estas escuelas para visitar los países de donde proceden esos estudiantes extranjeros. De esta manera el profesorado conoce mejor las administraciones de salud pública de dichos países y los problemas que se presentarán a los estudiantes cuando regresen a su país. Estos profesores visitan también a ex alumnos de las escuelas para observar y evaluar la labor que llevan a cabo, lo que a su vez permite al profesorado apreciar la eficacia del programa docente de la escuela.

Además, la Organización ha facilitado a las escuelas los servicios de profesores visitantes, en particular en los campos de la estadística y de la educación sanitaria, y les ha proporcionado también libros y suministros; en algunos casos, se ha ofrecido también colaboración a los departamentos de ingeniería sanitaria de esas escuelas.

Enseñanza de la medicina veterinaria

El año 1960 se ha caracterizado por la actividad que han desplegado todas las escuelas de medicina veterinaria de las Américas para establecer y ampliar la enseñanza de salud pública y medicina preventiva. Desde que se celebró el Seminario sobre la Enseñanza de Salud Pública en las Escuelas de Medicina Veterinaria (Kansas City, Missouri, E.U.A., agosto 1959), en el que todos los decanos asistentes al mismo convinieron en que los aspectos de salud pública de la medicina veterinaria debían constituir una parte importante de los modernos planes de estudio, la Organización ha venido aportando a esas escuelas la colaboración de miembros de su personal para implantar la correspondiente modificación y, en algunos casos, este personal ha participado inicialmente en las actividades docentes. Esta clase de asistencia en las tareas de la enseñanza se solicita generalmente cuando se ausenta un profesor para cursar estudios superiores de salud pública.

El personal de campo de la OSP/OMS colaboró también con las escuelas para dar contestación a un cuestionario de la OMS con el cual dicha Organización se propone obtener la información necesaria para publicar un directorio mundial de escuelas de medicina veterinaria.

Fueron proporcionados a los decanos de las escuelas de medicina veterinaria de Guatemala y del Perú servicios de asesoramiento técnico para planear proyectos de investigaciones. Se cooperó igualmente en la organización de consultas y entrevistas relativas a los planes de investigaciones.

Centro de Información sobre Educación Médica

El Centro de Información sobre Educación Médica (CIEM), que es un centro de recepción y distribución de información sobre la asistencia proporcionada a las escuelas de medicina por los distintos organismos de la Región, ha desempeñado su misión de modo tan satisfactorio que se han ampliado sus funciones para abarcar también la información sobre escuelas de salud pública y otras disciplinas. En diciembre de 1960, los organismos que colaboraban con el CIEM eran los siguientes: la "Campanha Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior" (Brasil); el Instituto de Educación Internacional; la Unión Panamericana; la Fundación Rockefeller; la Fundación W. K. Kellogg; la "Conference Board of Associated Research Councils" (programa Fulbright); la Administración de Cooperación Internacional; el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América (la División de Sanidad Internacional, el Servicio de Educación e Intercambio Internacional, los Institutos Nacionales de Higiene); la Oficina del Niño, E.U.A., y la Organización Panamericana de la Salud.

El CIEM preparó y distribuyó en 1960 cuatro informes trimestrales que contienen información sobre las becas concedidas a profesores de países latinoamericanos en los campos de la medicina, salud pública, enfermería y educación dental.

En la duodécima reunión del Centro, celebrada del 16 al 17 de junio, en Battle Creek, Michigan, sede de la Fundación W. K. Kellogg, se presentó un informe quinquenal del CIEM, junto con un análisis de los datos contenidos en el mismo. Asistieron a la reunión representantes de siete organismos que cooperan con el CIEM. Esta reunión fue la primera celebrada fuera de la Sede de la Secretaría del CIEM, que es la Oficina Sanitaria Panamericana.

Directorios del CIEM

Se ha empezado a trabajar para preparar una serie de directorios en los que figuran los nombres de los decanos de las escuelas y sus respectivas direcciones. La información que contienen estos directorios la utiliza la OMS para preparar sus directorios mundiales. El CIEM ha distribuido ya a sus miembros los siguientes directorios:

1) Directorio de Escuelas de Salud Pública en Canadá, Estados Unidos de América y la América Latina.
2) Directorio de Escuelas de Medicina en la América Latina.
3) Directorio de Escuelas de Enfermería en la América Latina.

Están en preparación además, los siguientes directorios:

1) Directorio de Escuelas de Odontología.
2) Directorio de Escuelas de Medicina Veterinaria.
3) Directorio de Escuelas de Ingeniería Sanitaria.

Una vez al año, por lo menos, se publicará una revisión de cada directorio.

Enseñanza de enfermería

Según una reciente encuesta llevada a cabo por la Organización, sólo una tercera parte, aproximadamente, de las instructoras de 105 escuelas de enfermería de la América Latina han cursado la enseñanza secundaria o poseen una preparación especializada para la enseñanza. Teniendo en cuenta que la calidad de la enseñanza de enfermería depende primordialmente de que haya un profesorado competente, se ha empezado a dar otra orientación al esfuerzo que a ese respecto realiza la Organización, y en vez de ofrecer asistencia directa a las escuelas de enfermería, se ofrece colaboración en programas para la preparación de instructoras y supervisoras de enfermería. En el curso del año se iniciaron cinco proyectos de esta naturaleza, en tanto que fueron dos los proyectos nuevos sobre enseñanza básica de enfermería. Se piensa seguir esa nueva orientación hasta que hayan recibido adiestramiento un gran número de instructoras y administradoras. Por consiguiente, ya no serán objeto de preferencia los proyectos para el adiestramiento de personal auxiliar, puesto que las enfermeras nacionales que terminen los cursos de instructoras tendrán la debida aptitud para ampliar los programas que al presente se vienen llevando a cabo en muchos países.

En 1960, prestaron sus servicios en 16 programas educativos 19 asesoras de enfermería; se concedieron además 39 becas.

Enseñanza básica de enfermería

Se inició la colaboración de la Organización en dos nuevas escuelas de enfermería, una en La Habana, Cuba, la primera en el país organizada de acuerdo con normas modernas, y otra en la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

En la actualidad, existen 10 proyectos de enseñanza básica de enfermería en la América Latina (véanse las Figuras 18 y 19), cuatro de los cuales están adscritos a universidades. La mayoría de estos proyectos sólo cuentan con una educadora de enfermería, que más que a asesorar sobre determinadas materias que forman parte del plan de estudio, se dedica preferentemente a preparar de modo constante al profesorado mediante el adiestramiento durante el servicio y la obtención de becas. Así, pues, las actividades a que se concede preferencia en la actualidad son distintas de las que recibían prioridad en los primeros años del decenio de 1950, en que se enviaban grupos de cuatro o cinco educadoras de enfermería a la misma escuela para que colaboraran en las labores docentes.

Este cambio de orientación se debe a varias razones: en unos casos, las escuelas no estaban en situación de aprovechar esa suma de asistencia que se les prestaba de una vez; en otros, acaso influyeron en la decisión ciertas consideraciones de carácter presupuestario, pero en la mayoría de los casos, el factor decisivo fue que el profesorado de las escuelas de enfermería con las que colaboraba la Organización, ya no necesitaba una asistencia de tal suerte concentrada.

Importancia especial para orientar la enseñanza básica de enfermería en la América Latina tuvo el documento sobre la organización y administración de escuelas de enfermería preparado por un grupo de 18 dirigentes en materia de enseñanza y servicios de enfermería pertenecientes a 12

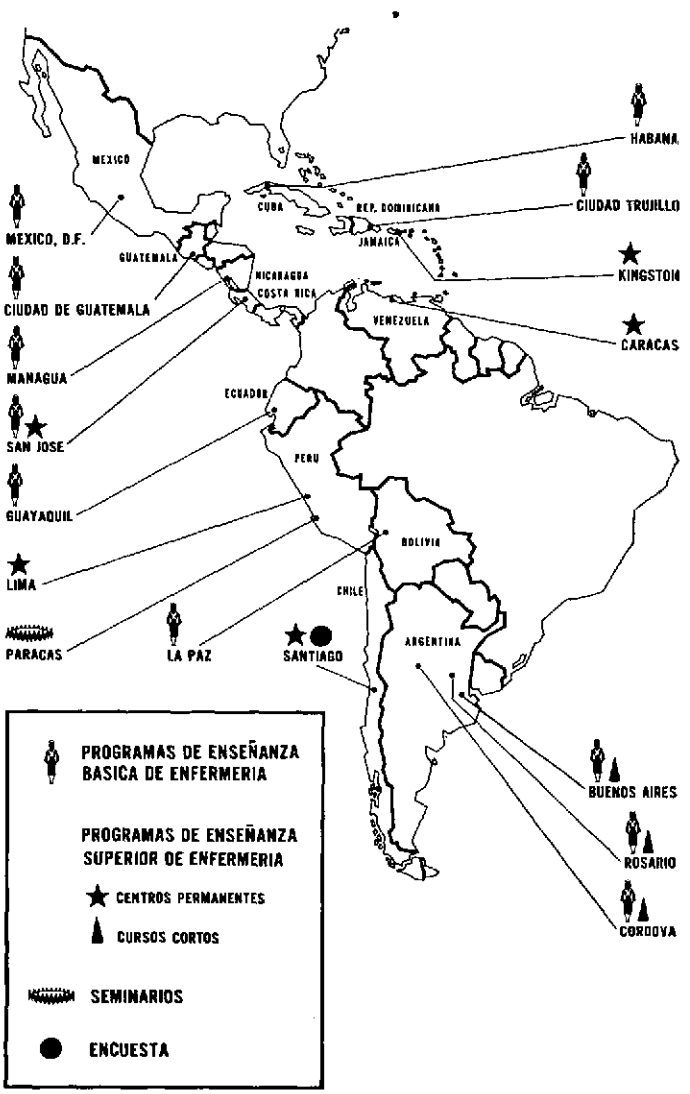


Fig. 18. Programas de enseñanza de enfermería que recibieron la colaboración de la OSP/OMS en 1960.

países, a saber: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Esta fue la primera vez en la historia de la enfermería que se reunió un grupo de enfermeras de habla española para establecer las pautas y normas de la enseñanza de su profesión en la América Latina. Actualmente se está terminando de revisar el texto de esta *Guía para escuelas de enfermería en América Latina*, en cuya preparación colaboraron varias asesoras en enseñanza de enfermería pertenecientes a la Organización, y que se publicará en los primeros meses de 1961.

Encuesta sobre las escuelas de enfermería, 1959–1960

En la América Latina existen aproximadamente 270 escuelas de enfermería reconocidas oficialmente por los Gobiernos de los países en que se encuentran situadas. Pero, debido a que sólo unos cuantos países cuentan con legislación acerca de las escuelas de enfermería, el nivel y las normas de ellas varían considerablemente de un país a otro e incluso dentro de un mismo país. Por consiguiente, cuando la OSP inició en 1959 la encuesta sobre las escuelas de enfermería en América Latina, estableció de manera arbitraria unos criterios mínimos con el objeto de determinar las escuelas que debían ser incluidas en el estudio. Estos criterios fueron expresados en los términos siguientes: a) que la escuela estuviera oficialmente reconocida por el Gobierno del país en que se encontrara situada; b) que para ingresar en la escuela se exigiera a las aspirantes seis años por lo menos de enseñanza primaria; c) que el adiestramiento en la escuela durara tres años y la asistencia de las estudiantes fuera a base de tiempo completo; d) que la enseñanza práctica comprendiera alguna experiencia en hospitales generales con 50 camas como mínimo; e) que el profesorado estuviera integrado por tres instructoras de enfermería por lo menos.

Como puede verse en el Cuadro 23, en 1960 se recibieron los cuestionarios debidamente contestados de 105 escuelas de las 110 que reunían los mencionados requisitos. En la Figura 19 se indica la situación geográfica de las mismas.

En diez de las escuelas que contestaron el cuestionario no se había graduado todavía la primera promoción de enfermeras y, por consiguiente, esas escuelas no fueron incluidas en el análisis de los resultados de la encuesta.

La mencionada encuesta suministró la información siguiente, que será de particular importancia para planear, con sentido de la realidad, programas de enseñanza de enfermería:

1) Aproximadamente una tercera parte de las escuelas está relacionada de alguna manera con las universidades; parece que hay una tendencia a establecer una relación más estrecha entre las escuelas de enfermería y las universidades.

2) Casi el 90% de las escuelas están dirigidas por enfermeras.

CUADRO 23. ESCUELAS DE ENFERMERÍA QUE REÚNEN LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA OSP, Y RESUMEN DE SU PARTICIPACIÓN EN LA ENCUESTA DE 1959–1960

País	Escuelas de enfermería			Número de estudiantes en las escuelas	
	Que reúnen los requisitos	Que contestaron el cuestionario	Incluidas en el análisis	Que contestaron el cuestionario	Incluidas en el análisis
Total	110	105	95[a]	5,770	5,625
Argentina	9[b]	8	7	418	388
Bolivia	2	2	2	94	94
Brasil	39	39	35	1,516	1,479[c]
Colombia	6	6	6	379	379
Costa Rica	1	1	1	116	116
Cuba	2[b]	1	1	180	180
Chile	5	5	5	341	341
Ecuador	4	4	4	190	190
El Salvador	2	2	2	177	177
Guatemala	2	1	1	132	132
Haití	1	1	1	86	86
Honduras	2	2	2	33	33
México	10[b]	10	7	522	483
Nicaragua	4	4	4	91	91
Panamá	1	1	1	97	97
Paraguay	3	3	3	61	61
Perú	9	9	8	780	760
República Dominicana	1	1	—	19	—
Uruguay	2	1	1	118	118
Venezuela	5	4	4	420	420[c]

[a] Diez escuelas excluidas del análisis estaban funcionando desde hacía menos de 3 años.
[b] Cifra calculada.
[c] Una escuela no especificó el número de estudiantes.
—Ninguna.

3) Aproximadamente las dos terceras partes de las escuelas facilitaron datos sobre sus respectivos presupuestos, aunque sólo unas cuantas dieron una información completa.

4) De las 5,625 estudiantes comprendidas en la encuesta, 792 habían cursado menos de 9 años de instrucción general; 3,299 habían cursado 9 ó 10 años y 1,534 habían cursado 11 ó 12 años.

5) Una tercera parte aproximadamente de las instructoras de enfermería habían terminado sus estudios de enseñanza secundaria.

6) En 73 escuelas había biblioteca.

7) Todas las escuelas ofrecían enseñanza de enfermería médica, quirúrgica, pediátrica y obstétrica.

8) El plan de estudios de los dos tercios aproximadamente del total de las escuelas no comprendía enseñanza práctica

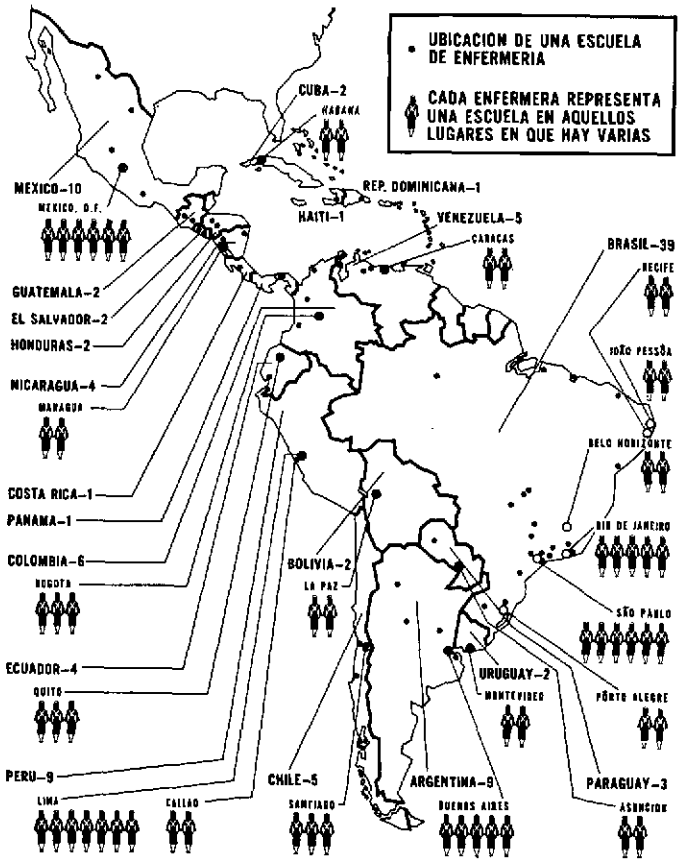


Fig. 19. Ubicación de las escuelas de enfermería de la América Latina que reúnen ciertos requisitos mínimos.

relativa a las funciones administrativas y docentes. Tampoco se ofrecía enseñanza práctica en enfermería de enfermedades transmisibles en el 16% de las escuelas; ni en enfermería de salud pública en el 11%, ni en enfermería de psiquiatría en el 19% de las escuelas.

9) En la actualidad, se dedican más horas que en 1949 a la enseñanza de las ciencias sociales.

En los primeros meses de 1961 se publicará un informe sobre los resultados de esta encuesta.

Enseñanza superior de enfermería

Esta enseñanza reviste dos formas distintas: 1) cursos académicos en centros permanentes en donde se prepara a las enfermeras graduadas, que han completado la enseñanza secundaria, para desempeñar funciones docentes y administrativas, y 2) cursillos para la preparación de enfermeras graduadas que, aun cuando ocupen puestos de supervisoras y administradoras, no han recibido adiestramiento en estos campos ni han completado la educación secundaria. Se espera que, una vez resuelto el problema de preparar a las graduadas de cierta edad y que poseen una formación menos completa, la mayoría de estos cursillos podrán convertirse en cursos académicos ordinarios en centros permanentes.

En tanto que en 1959 la colaboración de la OSP/OMS en los proyectos de enseñanza superior de enfermería estuvo limitada a Chile y el Perú, en 1960 se emprendió esta clase de actividades en los países siguientes: Costa Rica, en la Escuela de Enfermería; Venezuela, en colaboración con la Escuela de Salud Pública de Caracas; Federación de las Indias Occidentales, en relación con la University College of the West Indies, en Mona, St. Andrew, Jamaica, y Argentina, en donde se inició la labor con cursillos sobre enseñanza y administración, pero se proyecta establecer centros para enseñanza de posgraduadas en dos universidades por lo menos. Un quinto proyecto consistió en un cursillo de adiestramiento sobre supervisión y administración de enfermería que se celebró en Buenos Aires, y al que asistieron estudiantes de Argentina, Bolivia, Paraguay y Uruguay.

La formación profesional de matronas

En Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Guatemala, Perú y Uruguay hay muchas matronas graduadas cuyos servicios en el campo de la higiene maternoinfantil podrían mejorarse considerablemente si aquellas recibieran una preparación suplementaria relativamente pequeña. En la actualidad, reciben principalmente adiestramiento en materia de partos y cuidados perinatales, y, por lo general, sólo desempeñan sus funciones cuando asisten a partos en hospitales o cuando ejercen con carácter privado la profesión en los hogares de sus pacientes.

Con el fin de incrementar la contribución que estas matronas aportan a la labor en el campo de la higiene maternoinfantil, la Organización viene colaborando con el Servicio Nacional de Salud de Chile para organizar cursillos cuyo objeto es proporcionarles una mejor preparación en las materias que abarca este campo, inclusive enfermería, nutrición, salud pública, atención del niño, antropología, sociología y educación sanitaria. Teniendo en cuenta que estas matronas han de ejercer a menudo funciones de supervisión del personal auxiliar de enfermería, el curso comprende también adiestramiento en actividades docentes y administrativas. El primero de estos cursos se celebrará en 1961. El curso se está organizando bajo los auspicios de la Escuela de Graduados de la Universidad de Chile y su finalidad consiste en adiestrar matronas graduadas que ya trabajan en el Servicio Nacional de Salud de Chile y que desempeñarán funciones docentes en los futuros cursos y en las escuelas de obstetricia.

Prosiguió la reorganización del plan de estudios básicos de la Escuela de Obstetricia de Santiago, iniciada antes de que se planearan estos cursillos, con el fin de que las futuras graduadas de esta escuela no necesiten ya un adiestramiento suplementario como el que ahora se requiere.

Becas

En 1960, al igual que en años anteriores, las actividades del programa de becas tuvieron estrecha relación con el interés expresado por los Gobiernos Miembros en el sentido de especializar y preparar a cierto número de sus funcionarios técnicos y auxiliares en el extranjero. Aún cuando todos los países del Continente están expandiendo los medios nacionales de educación básica profesional, deben recurrir todavía a la cooperación internacional para facilitar la ampliación de los estudios y la especialización del personal docente y de salud pública. Las becas para estudios en el extranjero, concedidas a funcionarios que no pueden adquirir la formación que necesitan en su propio país, contribuyen fundamentalmente al fortalecimiento de los servicios nacionales de salud pública e instituciones docentes afines.

En el período comprendido en este informe se adjudicaron en las Américas 516 becas, lo que representa un 2% de aumento sobre las 505 otorgadas en 1959. A dicho total hay que agregar 83 prórrogas que fueron aprobadas por recomendación de diferentes instituciones educativas para permitir a algunos becarios que completaran sus estudios académicos. Estas prórrogas significaron 170 meses-beca, o sea, un término medio de un poco más de dos meses por cada prórroga. En total las 516 becas representaron 3,205 meses-beca, lo cual supone un promedio de un poco más de seis meses por beca. Todos los países del Hemisferio recibieron becas y su distribución estuvo supeditada esencialmente a las necesidades de personal especializado de los respectivos países. Este personal, además de fortalecer los servicios nacionales de salud, va substituyendo poco a poco a los grupos internacionales asignados por la Organización a los programas que los Gobiernos están llevando a cabo (véase Cuadro 24).

Por otra parte, durante el mismo período, 107 becarios enviados por las otras Oficinas Regionales de la OMS vinieron a cursar estudios en la Región de las Américas.

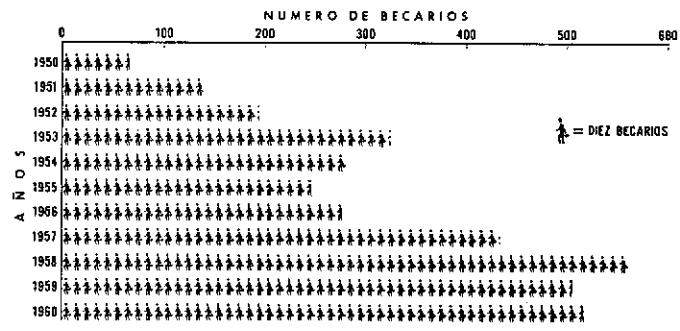


Fig. 20. Becarios de países de las Américas, 1950–1960.

CUADRO 24. BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMÉRICAS[a] POR PAÍS DE ORIGEN DE LOS BECARIOS Y CLASE DE ADIESTRAMIENTO

País de origen	Becas				
	Total	Cursos organizados por la OPS/OMS o con su colaboración		Otros cursos de carácter académico	Becas de viaje
		Especiales	Académicos		
Total	516	185	73	138	120
Argentina	54	23	10	16	5
Bolivia	28	8	8	8	4
Brasil	33	11	1	4	17
Canadá	3	—	—	1	2
Colombia	56	30	9	15	2
Costa Rica	8	1	2	3	2
Cuba	34	8	4	12	10
Chile	21	3	1	4	13
Ecuador	16	7	2	5	2
El Salvador	5	1	1	1	2
Estados Unidos de América[b]	12	2	—	—	10
Guatemala	16	7	4	4	1
Haití	10	3	—	5	2
Honduras	5	1	1	3	—
México	28	5	3	5	15
Nicaragua	8	5	—	2	1
Panamá	8	—	4	3	1
Paraguay	30	7	7	12	4
Perú	48	19	9	16	4
República Dominicana	1	—	—	—	1
Uruguay	15	5	4	4	2
Venezuela	22	9	3	5	5
Departamentos de Francia en las Américas	4	2	—	—	2
Surinam y Antillas Neerlandesas	6	5	—	—	1
Territorios Británicos[c]	45	23	—	10	12

—Ninguna.

[a] Correspondientes al período de 1º de diciembre de 1959 al 30 de noviembre de 1960.

[b] Se incluyen dos becarios de Puerto Rico.

[c] Se incluye un becario de Belice.

Esta cifra representa una disminución del 32% en comparación con la de 1959, en que vinieron 159 becarios, disminución que ya se preveía debido al desarrollo y organización de medios y servicios de adiestramiento en las demás Regiones de la OMS. A este respecto es interesante observar que los becarios enviados por las Oficinas Regionales para Europa y el Mediterráneo Oriental, que ascendieron a 44 y 43, respectivamente, en 1959, disminuyeron a 28 y 16 en 1960 (véase Cuadro 25).

La distribución de las becas por clase de estudios siguió la misma pauta que en años anteriores. Para estudios académicos encaminados a la obtención del título de "Master" en salud pública u otro equivalente, se concedieron 211 becas, o sea, el 41% del total. Las becas para estudios en salud pública reciben la más alta prioridad. Para asistencia a cursillos especiales o no académicos se otorgaron 185 becas, o sea, el 36%. Por otra parte, se adjudicaron 120 becas de viaje, lo que representa el 23% del total (véase Cuadro 24).

Esta última clase de becas está destinada especialmente a los funcionarios que poseen amplia experiencia, ya sea en administración sanitaria o en educación médica, y que necesitan efectuar visitas de observación a ciertos lugares específicos para poner al día sus conocimientos. Dentro de esta categoría se concedieron becas a un grupo de altos funcionarios encargados de los servicios de abastecimiento de agua de la Argentina y Uruguay para que pudieran visitar otros países de las Américas. Los resultados de estas visitas fueron muy satisfactorios.

La política de organizar grupos de altos funcionarios de distintos países, o de uno solo, con intereses comunes, comenzó a aplicarse en esta Región en 1959 con las becas que se otorgaron a varios decanos de escuelas de medicina de la Argentina, quienes viajaron en grupo, constituyendo una especie de seminario ambulante. Los comentarios favorables que se recibieron posteriormente, estimularon la organización de otros grupos semejantes. Es indudable que hay que tener gran cuidado en la selección de los participantes de cada grupo y en la preparación del correspondiente programa de visitas de observación.

CUADRO 25. BECARIOS DE OTRAS REGIONES QUE INICIARON ESTUDIOS EN LAS AMÉRICAS[a], POR CLASE DE ADIESTRAMIENTO

Región de origen	Total	Cursos organizados por la OPS/OMS o con su colaboración	Otros cursos académicos	Becas de viaje
Total	107	10[b]	57	40
Europa	28	1	8	19
Asia Sudoriental	23	2	19	2
Mediterráneo Oriental	16	6	9	1
Pacífico Occidental	18	—	10	8
Africa	22	1	11	10

—Ninguna.

[a] Correspondientes al período de 1º de diciembre de 1959 al 30 de noviembre de 1960.

[b] Estos becarios asistieron al Centro de Adiestramiento en Erradicación de la Malaria, en Jamaica.

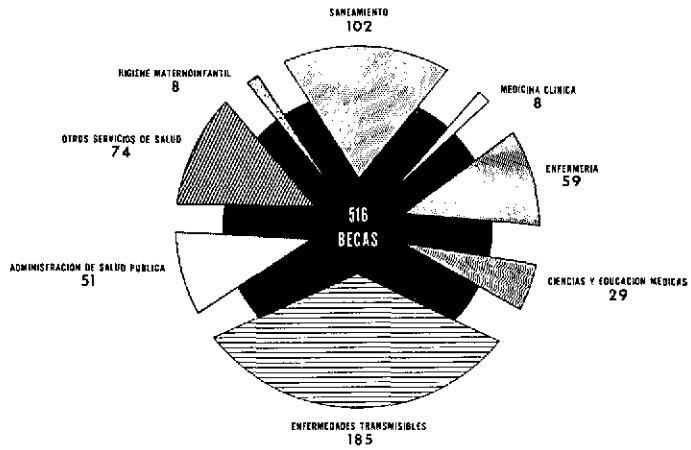


Fig. 21. Becas concedidas en las Américas por materias estudiadas, 1960.

La clasificación de las becas por materias de estudio denota una vez más que las concedidas en el campo de las enfermedades transmisibles continúan encabezando la lista. Sin embargo en el Cuadro 26 se puede observar que de las 185 otorgadas en dicho campo, 91 fueron para estudios sobre malaria, con lo cual, si se exceptúan éstas, las de enfermedades transmisibles representan el 18.2% del total. El 21% de aumento en las becas para estudios sobre malaria, en comparación con las del año pasado, se explica por la necesidad de adiestrar al personal indispensable para constituir una reserva que permita llenar las vacantes que continuamente se producen en los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria. A este efecto, además del Curso Internacional de Malaria que ofrece todos los años el Gobierno de Venezuela en Maracay, en 1960 se llevaron a cabo cuatro cursos para médicos e ingenieros: dos en México, uno en Jamaica y otro en Brasil. También se celebró en México un curso para jefes de sector. Todos los países de América Latina, con excepción de seis, recibieron becas para estos estudios. Además, 10 becarios de otras Regiones vinieron a realizar estudios sobre malaria en las Américas. Treinta de las becas concedidas en el campo de enfermedades transmisibles se destinaron a estudios en el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y 17 en el Centro Panamericano de Zoonosis.

Las becas para estudios sobre saneamiento experimentaron, en cambio, un notable incremento: de 88 (17.4%) en 1959 aumentaron a 102 en 1960, o sea, el 19.7% del total. Este aumento se debió especialmente a los cursos realizados en relación con el desarrollo de sistemas de agua y al mayor interés de los ingenieros por los estudios académicos posgra-

CUADRO 26. BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMÉRICAS,[a] POR PAÍS DE ORIGEN DE LOS BECARIOS Y MATERIA ESTUDIADA

Materia estudiada	Total	País de origen																										
		Argentina	Bolivia	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos de América[b]	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	República Dominicana	Uruguay	Venezuela	Departamentos de Francia en las Américas	Surinam y Antillas Neerlandesas	Territorios Británicos[c]	Becarios procedentes de otras Regiones
Total	516	54	28	33	3	56	8	34	21	16	5	12	16	10	5	28	8	8	30	48	1	15	22	4	6	45	107
Administración de salud pública	51																										9
Administración de atención médica y hospitalaria	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	
Otros casos	43	5	2	2	—	1	—	12	—	—	—	—	1	1	—	4	—	—	7	7	—	—	—	—	—	1	
Saneamiento	102																										12
Inspección sanitaria	31	1	6	—	—	3	—	—	—	—	1	—	—	—	1	3	—	3	6	1	—	—	2	—	—	4	
Ingeniería sanitaria	71	5	6	1	—	15	1	7	1	—	1	—	4	4	1	6	—	1	2	6	—	2	7	—	—	1	
Enfermería	59	15	3	1	—	—	2	3	4	—	—	—	5	1	1	—	3	—	4	5	—	5	3	—	—	4	20
Higiene maternoinfantil	8	3	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	5
Otros servicios de salud	74																										21
Higiene mental	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	5
Educación sanitaria	6	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	5
Higiene profesional	3	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Nutrición	5	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Estadísticas de salud	31	7	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	3	16	2
Cuidados dentales	19	2	1	—	1	—	—	2	1	1	1	—	1	1	—	1	—	—	1	1	—	3	2	—	—	—	5
Rehabilitación	3	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Control de preparaciones farmacéuticas	4	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Enfermedades transmisibles	185																										24
Malaria	91	4	9	8	—	23	1	7	1	8	1	—	2	2	—	3	3	—	5	9	—	—	1	—	—	4	
Tuberculosis	4	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Veterinaria de salud pública	6	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	1	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Zoonosis	17	3	—	2	—	2	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	1	1	—	—	—	
Lepra	4	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
Rabia	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Otras enfermedades transmisibles	48	4	1	4	—	7	1	—	2	2	—	2	1	—	—	1	—	1	2	5	—	2	3	2	2	6	
Servicios de laboratorio[d]	14	1	—	2	—	—	—	—	2	—	1	1	—	—	1	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	4	
Ciencias y educación médicas[e]	29	1	—	4	1	—	—	1	8	—	—	8	—	—	1	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	10
Medicina clínica	8																										6
Radioisótopos	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	
Otros casos	7	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	

—Ninguna.

[a] Correspondientes al período del 1° de diciembre de 1959 al 30 de noviembre de 1960.

[b] Se incluyen dos becarios de Puerto Rico.

[c] Se incluye un becario de Belice.

[d] Malacología, laboratorio de salud pública, parasitología, bacteriología, entomología médica, serología, preparación de vacunas, microbiología, helmintología, micología y virología.

[e] Ocho de estas becas fueron adjudicadas a profesores de escuelas de salud pública y dos a profesores de escuelas de medicina.

duados. También se puede observar en el Cuadro 27 que las becas para estudios de enfermería aumentaron de 42 (8.3%) en 1959 a 59 (11.4%) en 1960.

Hubo pocas variaciones en las becas concedidas en otros campos. La aparente disminución en el número de becas para estudios en administración de salud pública e higiene maternoinfantil se debe en realidad a la dificultad que existe para delimitar claramente estos dos campos de

estudio; la clasificación que se aplica es algo arbitraria y, en consecuencia, a veces los campos de estudio coinciden. Así por ejemplo, un importante número de becarios incluidos en el capítulo de enfermedades transmisibles siguieron en realidad cursos generales de salud pública en una escuela de salubridad, pero como la materia principal de estudio fueron las enfermedades transmisibles, estas becas se incluyeron, según las reglas de la clasificación, en el mencionado capítulo, aunque el adiestramiento recibido fue mucho más amplio. La misma coincidencia ocurre respecto a otros campos de estudio. Por consiguiente, los datos que aparecen en el Cuadro 26 deben interpretarse teniendo presente estas reservas.

El Cuadro 28 muestra la distribución, por categorías, de las becas concedidas en 1960. La mayor parte corresponde a médicos que recibieron 164 becas, o sea, el 31.7%, pero esta proporción es menor que la de 1959 en que recibieron el 38% de todas las becas. En cambio, los ingenieros que en

CUADRO 27. BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMÉRICAS,[a] POR PAÍS DE ORIGEN DE LOS BECARIOS, MATERIA ESTUDIADA Y CLASE DE ADIESTRAMIENTO

Materia estudiada y clase de adiestramiento	Total	País de origen																								
		Argentina	Bolivia	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos de América[b]	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	República Dominicana	Uruguay	Venezuela	Departamentos de Francia en las Américas	Surinam y Antillas Neerlandesas	Territorios Británicos[c]
Total	516	54	28	33	3	56	8	34	21	16	5	12	16	10	5	28	8	8	30	48	1	15	22	4	6	45
Administración de salud pública	51																									
Cursos[e]	34	5	1	1	—	1	—	8	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	4	11	—	—	—	—	—	1
Otros casos[f]	17	1	1	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	3	1	—	—	—	1	—	—
Saneamiento	102																									
Cursos organizados[d]	59	2	6	—	—	13	1	5	—	—	1	—	4	2	2	4	—	3	6	3	—	—	7	—	—	—
Otros cursos[e]	25	2	3	—	—	5	—	1	1	—	—	—	—	2	—	1	—	1	1	2	—	1	2	—	—	3
Otros casos[f]	18	2	3	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	4	—	—	1	2	—	1	—	—	—	2
Enfermería	59																									
Cursos organizados[d]	29	12	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	4	3	—	3	—	—	—	—
Otros cursos[e]	16	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	2	—	—	2	—	2	1	—	—	2
Otros casos[f]	14	—	—	1	—	—	1	2	4	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	2
Higiene maternoinfantil	8																									
Cursos[e]	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Otros casos[f]	4	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Otros servicios de salud	74																									
Cursos organizados[d]	49	8	1	2	—	—	1	2	1	1	1	—	1	1	—	2	1	1	1	1	—	3	2	—	3	16
Otros cursos[e]	12	2	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	1	—	1	1	—	—	1
Otros casos[f]	13	1	—	3	1	1	1	1	1	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Enfermedades transmisibles	185																									
Cursos organizados[d]	117	11	6	9	—	25	—	4	3	8	—	2	3	—	—	2	4	—	3	20	—	3	3	2	2	7
Otros cursos[e]	36	1	4	1	—	7	2	3	1	5	1	—	2	1	1	—	—	2	4	—	—	—	—	—	—	1
Otros casos[f]	32	—	—	8	—	1	—	1	—	2	1	1	—	2	—	4	—	1	—	—	1	—	2	—	1	7
Ciencias y educación médicas	29																									
Cursos[e]	8	1	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Otros casos[f]	21	—	—	3	1	—	—	1	6	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Medicina clínica	8																									
Cursos organizados[d]	4	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Otros cursos[e]	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Otros casos[f]	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—

—Ninguna.

[a] Correspondientes al período del 1º de diciembre de 1959 al 30 de noviembre de 1960.

[b] Se incluyen dos becarios de Puerto Rico.

[c] Se incluye un becario de Belice.

[d] Organizados por la OPS/OMS o con su colaboración.

[e] De carácter académico.

[f] Por lo general, becas de viaje.

CUADRO 28. NÚMERO DE BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMÉRICAS[a], POR CATEGORÍAS

Categoría	Número de becas
Total	516
Médicos	164
Odontólogos	19
Ingenieros	89[b]
Veterinarios	53
Enfermeras	63[c]
Otros profesionales	28
Inspectores sanitarios	33
Otro personal no profesional	67

[a] Correspondientes al período del 1º de diciembre de 1959 al 30 de noviembre de 1960.

[b] Otros 13 becarios, que no eran ingenieros, también estudiaron saneamiento.

[c] Cuatro enfermeras estudiaron otras especialidades.

1959 sólo recibieron el 7.6% de las becas, en 1960 obtuvieron 89 becas, lo que representa el 17.2% del total.

La proporción de becas concedidas a dentistas aumentó también del 1.5% del total en 1959 al 3.6% en 1960. En los demás grupos profesionales y no profesionales no se registraron cambios importantes.

La selección de los lugares de estudio para los becarios constituye una actividad importante del programa de becas. Es indispensable establecer un equilibrio entre la necesidad de estimular al becario mediante unas ideas y un ambiente nuevos y la de proporcionarle una situación suficientemente similar a la de su país de origen, que le permita, a su regreso, adaptar y aplicar los conocimientos adquiridos. La mayoría de los países de la América Latina ofrecen la ventaja de hablar un idioma común y de contar con muchos centros que están en condiciones de recibir estudiantes extranjeros. Brasil, que se utiliza cada vez más en ese aspecto, tiene un idioma lo suficientemente parecido al de los demás países como para que no constituya un problema serio. Es evidente que el dominio del idioma del país en que se van a cursar los estudios constituye requisito indispensable para el éxito de una beca. En consecuencia, de acuerdo con la política establecida hace varios años por la Oficina, casi todos los estudios se realizaron en los países de América Latina y sólo el 4.6% se llevaron a cabo en los de otras Regiones (véase Cuadro 29).

Las autoridades e instituciones docentes de todos los países continuaron prestando su generosa y valiosa cooperación, que es indispensable para el eficaz desarrollo del programa de becas. Los países que cuentan con instituciones docentes que aceptan estudiantes extranjeros recibieron, naturalmente, mayor número de becarios que aquellos que sólo se utilizaron para visitas de observación. Sin embargo, cabe destacar que las becas de viaje representan tal vez más trabajo para los funcionarios de salud pública del país visitado que las concedidas para estudios académicos, ya que implican la preparación de programas minuciosos de visitas y observaciones.

También es digna de mención la labor de supervisión de los becarios llevada a cabo por los funcionarios de la OSP. Se celebran entrevistas con cada becario para averiguar cómo se ha adaptado a la nueva situación, las condiciones en que vive y los problemas que tiene, cómo estudia y cuáles han sido los resultados de las pruebas y exámenes. Estas entrevistas se complementan con otras que se celebran con los profesores asignados a cada becario en calidad de asesores, para examinar la reacción y conducta del becario durante las clases y la necesidad de hacer algún reajuste o modificación en el programa de estudios. La experiencia ha demostrado que esta relación personal entre el becario y el asesor es sumamente útil para solucionar los problemas que con frecuencia se plantean.

En el curso de dichas entrevistas se ha podido comprobar que uno de los problemas que afecta más comúnmente a los becarios es el relativo a las condiciones económicas con que se enfrentan al aceptar la beca, debido a que algunos Gobiernos suspenden el pago del sueldo respectivo o sólo dan una "ayuda de beca" que, por lo general, representa una pequeña proporción del sueldo. Esta situación perjudica en forma manifiesta el desarrollo eficiente del programa de becas. Muchos aspirantes han rehusado, a última hora, aceptar una beca cuando se han completado todas las gestiones, o bien, cuando la aceptan sin percibir su sueldo de funcionario, ocurren siempre dificultades de carácter familiar y económico que afectan en forma desfavorable los resultados de sus estudios. A causa de ello, algunos becarios se han negado a completar sus estudios y han regresado a sus países sin cumplir con los requerimientos establecidos al concederle la beca. En vista de esta situación el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, adoptó la Resolución III en su VIII Reunión[1] y la Resolución XIX en la IX Reunión,[2] ambas sobre esta materia, pero desgraciadamente no se han aplicado en algunos casos.

Otra actividad importante del programa de becas, que aumenta de año a año, es la asesoría y colaboración que se presta a los Países Miembros en el desarrollo de sus propios programas de becas. En el período a que se refiere este informe, el Gobierno de Venezuela otorgó 105 becas, de las cuales 71 fueron para estudios en los Estados Unidos de América y 34 en diversos países de América Latina. Se prepararon también programas de visitas a varios funcionarios del Ministerio de Sanidad de dicho país que vinieron a los Estados Unidos en comisión de servicio. El Gobierno de Cuba, por otra parte, hizo un aporte especial de $25,000 con el exclusivo fin de otorgar ocho becas a funcionarios cubanos de salud pública cuyos programas de

[1] *Documento Oficial de la OPS* **13**, 9.

[2] *Documento Oficial de la OPS* **18**, 17.

CUADRO 29. BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMÉRICAS, POR PAÍS DE ORIGEN DE LOS BECARIOS, PAÍS O REGIÓN DE ESTUDIO DE LOS BECARIOS PROCEDENTES DE OTRAS REGIONES[a]

País de origen de los becarios	Total	País de estudio en las Américas																								Otras Regiones de estudio				
		Argentina	Bolivia	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos de América[b]	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	República Dominicana	Uruguay	Venezuela	Departamentos de Francia en las Américas	Surinam y Antillas Neerlandesas	Territorios Británicos[c]	África	Europa	Mediterráneo Oriental	Asia Sudoriental	Pacífico Occidental
Total Región de las Américas	516[d]	58	4	104	12	43	8	—	68	5	1	103[e]	27	—	3	138	1	4	1	27	—	2	35	—	3	30	4	16	5	4	4
Argentina	54	15	—	10	—	5	1	—	14	—	—	12	3	—	—	4	—	—	—	3	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—
Bolivia	28	5	—	5	—	3	—	—	6	—	—	1	3	—	—	8	—	1	—	3	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—
Brasil	33	6	1	3	2	4	—	—	4	—	—	7	8	—	2	11	—	—	—	3	—	—	3	—	—	—	1	2	1	—	—
Canadá	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Colombia	56	4	2	12	—	—	—	—	6	—	—	5	1	—	—	27	—	—	—	3	—	—	9	—	—	—	—	1	—	—	—
Costa Rica	8	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—
Cuba	34	—	—	6	—	1	—	—	1	—	1	—	2	—	—	26	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Chile	21	1	—	5	1	5	3	—	—	—	—	13	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3	—	2	—	—	—
Ecuador	16	1	—	6	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	1	8	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
El Salvador	5	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Estados Unidos de América	12	1	1	2	1	4	—	—	4	2	—	—	—	—	—	1	—	1	—	3	—	1	1	—	—	2	1	4	4	3	4
Guatemala	16	1	—	2	—	—	1	—	4	—	—	2	—	—	—	6	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Haití	10	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Honduras	5	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
México	28	3	—	7	1	4	—	—	5	1	—	18	1	—	—	—	—	—	—	5	—	—	1	—	1	—	2	1	—	—	—
Nicaragua	8	1	—	—	—	1	2	—	1	—	—	—	1	—	—	3	—	—	1	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Panamá	8	—	—	3	—	1	—	—	1	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraguay	30	4	—	12	—	—	—	—	7	—	—	3	2	—	—	6	—	—	—	1	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Perú	48	9	—	12	—	2	1	—	7	2	—	8	1	—	—	15	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
República Dominicana	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uruguay	15	3	—	7	—	1	—	—	1	—	—	5	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela	22	4	—	7	—	1	—	—	3	—	—	4	1	—	—	7	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Departamentos de Francia en las Américas	4	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Surinam y Antillas Neerlandesas	6	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3	—	—	—	—	—
Territorios Británicos	45	—	—	—	5	5	—	—	—	—	—	14	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	21	—	2	—	—	—
Total, todas las demás regiones	107	1	—	7	26	—	—	—	—	—	1	78[f]	2	—	—	12	—	—	—	—	—	—	6	—	—	16					

—Ninguna.

[a] Correspondientes al período del 1° de diciembre de 1959 al 30 de noviembre de 1960.

[b] Se incluyen dos becarios de Puerto Rico.

[c] Se incluye un becario de Belice.

[d] El total correspondiente a cada país es el número efectivo de becarios; no hay duplicación en los casos de becarios que estudiaron en más de un país o Región.

[e] Veintinueve estudiaron en Puerto Rico.

[f] Dos estudiaron en Puerto Rico.

estudio y la supervisión respectiva estuvieron a cargo de la Oficina.

También continuó prestándose cooperación y asesoría al programa de becas de la Organización de los Estados Americanos, para la selección de los aspirantes que desean efectuar estudios sobre salud y campos afines. En 1960 se examinaron e informaron 217 solicitudes.

El financiamiento del programa de becas es más flexible que el de otras actividades de la Organización, por lo cual se pueden utilizar en un momento dado los excedentes de fondos que aparecen cuando se hacen los análisis periódicos del presupuesto. De esta manera los fondos para becas recibidos de todas las procedencias durante el año, ascendieron a $977,165, aunque la cantidad asignada en el presupuesto de 1960 para becas y participantes en seminarios era sólo de $860,852 (véase Cuadro 30).

CUADRO 30. FONDOS PARA BECAS EN LAS AMÉRICAS, 1959 Y 1960

Año	OPS			OMS		Total todos los fondos
	Presupuesto ordinario	Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria (FEM)	Otras	Presupuesto ordinario	Asistencia técnica	
1959	$330,773	$110,811	$24,375	$374,676	$82,060	$921,695
1960	325,830	105,125	54,989	370,101	121,120	977,165

CUADRO 31. BECAS CONCEDIDAS PARA ASISTIR A CURSOS ORGANIZADOS POR LA OPS/OMS, O CON SU COLABORACIÓN, EN LAS AMÉRICAS,[a] POR MATERIA ESTUDIADA Y PROYECTO[b] Y POR PAÍS DE ORIGEN DE LOS BECARIOS

Materia estudiada y proyecto	País de origen de los becarios																								
	Total	Argentina	Bolivia	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos de América[c]	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	República Dominicana	Uruguay	Venezuela	Departamentos de Francia en las Américas	Surinam y Antillas Neerlandesas	Territorios Británicos[d]
Total	258	33	16	12	—	39	3	12	4	9	2	2	11	3	2	8	5	4	14	28	—	9	12	2	5	23
Saneamiento																										
AMRO-1	29	2	6	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3	6	3	—	—	1	—	—	—
AMRO-219	26	—	—	—	—	7	1	4	—	—	1	—	4	2	1	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—
AMRO-249	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Enfermería																										
Chile-29	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—
AMRO-100	19	10	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	2	—	—	—	—
Colombia-4	3	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Otros servicios de salud																										
AMRO-10	6	4	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
AMRO-18	5	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
AMRO-54	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
AMRO-72	17	2	1	—	—	—	—	2	1	1	1	—	—	1	—	1	—	—	1	1	—	3	2	—	—	—
AMRO-85	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	16
Enfermedades transmisibles																										
AMRO-77	30	4	1	2	—	2	—	—	2	1	—	2	—	—	—	—	—	—	1	2	—	2	2	2	2	5
AMRO-81	26	3	—	4	—	4	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	9	—	1	1	—	—	—
AMRO-114	46	4	4	3	—	13	—	4	—	5	—	—	1	—	—	—	2	—	2	8	—	—	—	—	—	—
AMRO-134	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2
AMRO-137	12	—	1	—	—	6	—	—	—	1	—	—	1	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Medicina clínica																										
Curso de anestesiología	4	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—

—Ninguna.

[a] Correspondientes al período del 1º de diciembre de 1959 al 30 de noviembre de 1960.

[b] Véase Cuadro 32 para la descripción de los cursos organizados por la OPS/OMS, o con su cooperación.

[c] Se incluyen dos becarios de Puerto Rico.

[d] Se incluye un becario de Belice.

CUADRO 32. MATERIAS ESTUDIADAS, NÚMERO DEL PROYECTO, TÍTULOS, LUGARES Y FECHAS DE LOS CURSOS Y VISITAS ORGANIZADOS POR LA OPS/OMS O CON SU COLABORACIÓN[a]

Materia estudiada y número del proyecto	Curso o visita	Lugar	Fecha
Saneamiento			
AMRO-1	Adiestramiento en saneamiento del medio		
	Curso para ingenieros sanitarios	Escuela de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil	enero–dic. 1960
	Dos cursos para inspectores sanitarios	Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, Santiago	junio–dic. 1960
		Escuela de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil	enero-dic. 1961
AMRO-219	Curso sobre administración, explotación y financiamiento de sistemas de abastecimiento de agua	México, D.F.	14 nov.–2 dic. 1960
AMRO-249	Control de vectores	Frontera Estados Unidos–México	19–27 sept. 1960
Enfermería			
AMRO-28 (para Chile–29)	Enseñanza superior de enfermería	Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, Santiago	enero-dic. 1960
Colombia–4	Curso de enfermería de salud pública	Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional, Bogotá, Colombia	marzo 1960–feb. 1961
AMRO-100	Curso sobre administración y supervisión de enfermería	Buenos Aires, Argentina	mayo–nov. 1960
Otros servicios de salud			
AMRO-10	Curso de estadísticas vitales	Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, Santiago	marzo-dic. 1960
AMRO-18	Curso sobre evaluación biológica	Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, Santiago	11–19 julio 1960
AMRO-54	Dos visitas al INCAP	Ciudad de Guatemala	enero–sept. 1960
AMRO-72	Cursillo de odontología de salud pública	Escuela de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil	abril–junio 1960
	Curso ordinario de odontología de salud pública	Escuela de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil	enero–dic. 1960
AMRO-85	Curso sobre clasificación de causas de defunción	Kingston, Jamaica, Fed. Indias Occid.	8–29 agosto 1960
Enfermedades transmisibles			
AMRO-77	Decimotercer curso sobre fiebre aftosa	Bogotá, Colombia	5–18 junio 1960
	Una visita al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa	Río de Janeiro, Brasil	mayo–julio 1960
AMRO-81	Curso sobre zoonosis	Centro Panamericano de Zoonosis, Azul, Argentina	4–23 enero 1960
	Dos visitas al Centro Panamericano de Zoonosis	Azul, Argentina	agosto 1960–oct. 1961
AMRO-114	Séptimo curso sobre malaria para jefes sector	México, D.F.	junio-sept. 1960
	Séptimo curso sobre malaria para médicos e ingenieros	México, D.F.	feb.–mayo 1960
	Octavo curso sobre malaria para médicos e ingenieros	México, D.F.	sept.–dic. 1960
AMRO-134	Octavo curso sobre malaria para médicos e ingenieros	Kingston, Jamaica, Fed. Indias Occid.	junio–sept. 1960
	Una visita al Centro de Adiestramiento en Erradicación de la Malaria	Kingston, Jamaica, Fed. Indias Occid.	junio–sept. 1960
AMRO-137	Quinto curso sobre malaria para funcionarios principales	Escuela de Salud Pública, Universidad de São Paulo, Brasil	abril–julio 1960
	Curso de entomología médica (sobre malaria)	Escuela de Salud Pública, Universidad de São Paulo, Brasil	julio–nov. 1960
Medicina clínica			
Anestesiología	Curso de anestesiología	Dinamarca	enero–dic. 1960

[a] Correspondientes al período del 1° de diciembre de 1959 al 30 de noviembre de 1960.

CUADRO 33. BECAS CONCEDIDAS[a], SEGÚN LA PROCEDENCIA DE LOS FONDOS

País de origen	Total	OPS			OMS	
		Presupuesto ordinario	FEM	Otras fuentes	Presupuesto ordinario	AT
Total	516	175	91	56	160	34
Argentina	54	23	4	5	21	1
Bolivia	28	7	9	1	11	—
Brasil	33	12	8	5	7	1
Canadá	3	—	—	—	3	—
Colombia	56	14	23	5	6	8
Costa Rica	8	4	1	—	—	3
Cuba	34	12	7	8[b]	7	—
Chile	21	3	1	3	10	4
Ecuador	16	3	8	2	3	—
El Salvador	5	2	2	—	—	1
Estados Unidos de América	12	5	—	2	5	—
Guatemala	16	12	2	—	1	1
Haití	10	6	2	—	2	—
Honduras	5	3	—	—	2	—
México	28	14	3	—	10	1
Nicaragua	8	4	3	—	1	—
Panamá	8	1	—	1	3	3
Paraguay	30	3	5	1	19	2
Perú	48	12	9	8	13	6
República Dominicana	1	—	—	—	1	—
Uruguay	15	7	—	3	3	2
Venezuela	22	14	1	3	4	—
Departamentos de Francia en las Américas	4	1	—	2	1	—
Surinam y Antillas Neerlandesas	6	1	—	2	3	—
Territorios Británicos	45	12	3	5	24	1

—Ninguna.

[a] Correspondientes al período del 1º de diciembre de 1959 al 30 de noviembre de 1961.

[b] Concedidas con fondos aportados especialmente por el Gobierno de Cuba y administrados por la OPS.

CUADRO 34. PARTICIPACIÓN EN SEMINARIOS Y CONFERENCIAS ORGANIZADOS POR LA OPS, POR REGIONES, PAÍSES O ÁREA DE PROCEDENCIA, 1960

Región, país o área de procedencia	Seminario sobre alcoholismo (AMRO-9.3)	Seminario de Directoras de Escuelas de Enfermería (AMRO-46.6)	Conferencia sobre vacunas de virus vivo contra la poliomielitis (AMRO-200.2)	Grupo de estudio sobre la enfermedad de Chagas (AMRO-215)	Seminario sobre tarifas de agua (AMRO-244)
Total	32	18	85	12	55
Argentina	4	1	—	1	2
Bolivia	—	—	—	—	2
Brasil	1	3	—	3	4
Canadá	—	—	3	—	—
Colombia	2	2	1	—	2
Costa Rica	2	1	3	—	2
Cuba	2	—	1	—	1
Chile	6	3	—	2	2
Ecuador	1	1	—	—	3
El Salvador	1	—	—	—	2
Estados Unidos de América	—	—	52	2	—
Guatemala	2	1	—	—	3
Haití	—	—	—	—	—
Honduras	—	—	—	—	2
México	3	—	1	1	4
Nicaragua	—	1	—	—	2
Panamá	1	—	—	—	2
Paraguay	1	1	—	—	2
Perú	3	2	—	1	2
República Dominicana	—	—	—	—	—
Uruguay	1	1	—	1	10
Venezuela	2	1	—	1	4
Federación de las Indias Occidentales	—	—	—	—	2
Surinam y Antillas Neerlandesas	—	—	—	—	2
Otras Regiones					
Africa	—	—	3	—	—
Europa	—	—	18	—	—
Mediterráneo Oriental	—	—	1	—	—
Pacífico Occidental	—	—	2	—	—

Publicaciones y servicios de referencia

Publicaciones

El programa de publicaciones de la OPS se planea todos los años con objeto de dar a conocer y fomentar las finalidades y la obra de la Organización. La gran variedad de temas y las muy distintas clases de publicaciones darán una idea del alcance y magnitud del programa. En términos generales, las publicaciones se dividen en dos categorías, a saber, las publicaciones periódicas y las publicaciones especiales. En el contenido de las mismas se reflejan no sólo las actividades internacionales de salud pública que lleva a cabo la OPS, sino también el progreso y los adelantos logrados en todos los países en el campo de la salud pública, la medicina y otras ciencias afines. Las publicaciones se distribuyen con regularidad a las autoridades de salud pública de los Países Miembros y a sus servicios oficiales, instituciones y bibliotecas nacionales. También se distribuyen a universidades, escuelas de medicina y de salud pública, y a otros organismos, servicios y asociaciones relacionados con la medicina y la salud pública, así como a especialistas, personal de campo y estudiantes en todas las partes de las Américas.

Una parte del programa está orientado hacia el público general con el objeto de suscitar un amplio interés por la labor de la OPS mediante la distribución de folletos y otra clase de material, actividad ésta que entra en el campo de acción de la información pública.

Publicaciones periódicas

El *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, publicación mensual, fundada en 1920 por acuerdo de la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional, continuó su largo historial de servicios a la salud pública de las Américas mediante la divulgación de información de actualidad acerca de las ciencias médicas y de las nuevas técnicas desarrolladas en salud pública. Al cumplir en 1960 su 39° año de existencia, la revista alcanzó una tirada máxima de 9,700 ejemplares al mes, conservando las cuatro principales secciones habituales dedicadas a artículos técnicos y científicos originales, resúmenes de otras revistas e informes nacionales e internacionales de medicina y de salud pública, información general y notas y noticias bibliográficas, más una sección especial de editoriales escritos por autoridades y expertos de salud pública. También ha sido incorporado el *Calendario mensual de reuniones internacionales* a cada número del *Boletín* que publica además una lista, mantenida al día, de las autoridades nacionales de salud de las repúblicas americanas. En 1960 se publicaron los volúmenes XLVIII y XLIX, cada uno de los cuales contiene seis números mensuales del *Boletín*. Cada volumen tiene su correspondiente índice, impreso separadamente.

Durante el año, se mantuvo un estrecho contacto con otras publicaciones y organizaciones científicas a fin de obtener importantes artículos de actualidad para su traducción y publicación simultánea o exclusiva en español, para conocimiento del personal de salud pública de la América Latina. El *Boletín* continuó asimismo su programa de selección y publicación de trabajos científicos y técnicos preparados por especialistas y personal de campo en todas las repúblicas americanas. Al hacer la selección de los artículos para cada número de la revista, se trata de abarcar la mayor variedad posible de temas de interés para la salud pública; algunos números de 1960 estuvieron dedicados casi exclusivamente a un solo tema, como por ejemplo el del mes de julio, que lo estuvo a la tuberculosis.

El *Boletín* divulga también información y resúmenes de la labor de los Cuerpos Directivos de la OPS. La información sobre las actividades de la XII Reunión del Consejo Directivo (La Habana, agosto de 1960) apareció en el número de diciembre, y la relativa a las Discusiones Técnicas celebradas en la misma reunión se publicará seguidamente. Las conclusiones y recomendaciones de grupos de trabajo, seminarios y otras reuniones técnicas internacionales se publican también con regularidad para información del personal de salud de las Américas.

Como ejemplos al respecto cabe citar el informe de la Segunda Reunión del Comité Asesor en Saneamiento del Medio (número de agosto), los trabajos técnicos presentados en la XVIII Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad (número de noviembre y otros posteriores) y la traducción española de algunos trabajos seleccionados de la Segunda Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomielitis (en prensa). Otro texto importante que se publica en el *Boletín* es el informe mensual sobre la campaña de erradicación del *Aëdes aegypti* en las Américas.

Durante el año, aparecieron con regularidad las publicaciones periódicas de estadística *Informe epidemiológico semanal* y *Estadística sanitaria*, que es trimestral. En la sección del presente informe relativa a Estadísticas de salud, se dan detalles de estas publicaciones.

Se publicó con regularidad el boletín bimestral *Erradicación de la malaria* (Nos. 13–18), con una tirada de 550 ejemplares, en el cual se ofrece una información puesta al

día de los acontecimientos técnicos y administrativos que se producen en la citada campaña de erradicación, para conocimiento de los servicios nacionales interesados y del personal de la Oficina dedicado a la lucha contra la malaria. En 1960, se empezó también a publicar la versión inglesa de este boletín, en ediciones de 60 ejemplares, para su distribución al personal de campo.

Publicaciones especiales

En 1960 aparecieron 43 títulos de las tres series de publicaciones especiales, que sumaron en conjunto 4,459 páginas y de los que se hizo una tirada total de 107,070 ejemplares. Los datos correspondientes a las tres series de estas publicaciones son los siguientes:

	Número de publicaciones	Páginas	Número de ejemplares
Publicaciones cientficas	10	2,097	27,420
Publicaciones varias	25	917	72,200
Documentos oficiales	8	1,445	7,450

El Cuadro 35 contiene una lista de las publicaciones correspondientes a las tres series.

En la serie de publicaciones científicas, con la cual se trata de atender a la necesidad cada vez mayor de dar a conocer la más reciente literatura técnica y científica sobre las actividades y los adelantos en el campo de la salud pública, aparecieron en 1960 varias publicaciones de especial importancia para la labor de la OPS. Entre ellas merecen particular mención el volumen titulado *Live Poliovirus Vaccines—Papers Presented and Discussions Held at the Second International Conference on Live Poliovirus Vaccines* (6–10 de junio de 1960, Washington, D.C.). Merced a la generosa cooperación de la Fundación "Sister Elizabeth Kenny", con cuya ayuda se celebró la Conferencia, se pudo publicar este volumen que es una recopilación de los 45 trabajos presentados oficialmente, los debates sostenidos y el Resumen de la Conferencia. También se ha traducido una selección de trabajos técnicos para hacerlos llegar al personal de salud pública de la América Latina, a través del *Boletín* de la OSP.

Otra actividad importante fue la traducción al español, y la publicación de esa versión española, de la 9ª edición inglesa de *El control de las enfermedades trasmisibles en el hombre*, publicada por la Asociación Americana de Salud Pública. La OSP había publicado ya en español, con autorización de la Asociación (en 1929, 1934, 1945, 1950 y 1955), cinco ediciones anteriores de este valioso libro. La Oficina, que también publicó dos ediciones anteriores en portugués (1952, 1955), está preparando, para su publicación en 1961, la versión portuguesa de la 9ª edición de ese libro.

Otras publicaciones técnicas aparecidas durante el año fueron el *Manual del diagnóstico microscópico de la malaria*, en español y en inglés, y la edición española del *Manual de reacciones serológicas para el diagnóstico de la sífilis*, 1959, traducido y publicado con autorización del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. También se preparó y publicó, en español, el manual sobre *Aspectos sanitarios a considerar en la construcción y operación de mataderos*.

De especial valor estadístico fue el volumen titulado *Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas, 1949–1958*, como también lo fueron las publicaciones *Guía de los informes de la campaña de erradicación del Aëdes aegypti en las Américas* y *Comité asesor en estadística, primer informe*, en español y en inglés. Estas publicaciones se examinan en otra sección del presente informe.

Entre otras publicaciones que se prepararon en el curso del año figuran los informes anuales del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, preparados en inglés, español y portugués; el informe sobre el Curso internacional de malaria y otras enfermedades metaxénicas; los informes de la Conferencia sobre Escuelas de Salud Pública y de la Conferencia Internacional Antiaftosa, 1959. Los folletos informativos abarcaron diversos temas, entre ellos la mortalidad infantil en las Américas, la fiebre amarilla, la labor del Centro Panamericano de Zoonosis y las finalidades y actividades de la OPS.

Merece también citarse el importante volumen titulado *La salud en las Américas y la Organización Panamericana de la Salud*, preparado por la Oficina a petición del Subcomité de Reorganización y Organizaciones Internacionales del Senado de los Estados Unidos de América. Su finalidad consistió en reunir la mayor información de actualidad sobre los principales problemas de salud en las Américas y la calidad y cantidad de los recursos existentes para su solución y hacer un cálculo de las necesidades futuras. El Subcomité del Senado publicó el volumen en inglés, y las versiones española y portuguesa fueron publicadas simultáneamente por la Oficina.

La serie de documentos oficiales, preparada y publicada en inglés y en español, es parte integrante de las reuniones de los Cuerpos Directivos, pues proporciona los antecedentes esenciales para los Representantes de los Gobiernos Miembros y contiene el historial completo de las deliberaciones habidas en las reuniones. Los volúmenes publicados en 1960 fueron los siguientes: *Proyecto de Programa y Presupuesto, 1961–62; Informe Anual del Director, 1959; Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo, 1959;* y *Actas de la XI Reunión del Consejo Directivo* (Washington, D.C., septiembre de 1959).

CUADRO 35. PUBLICACIONES ESPECIALES EN 1960

Número de serie	Título	Número de páginas	Número de ejemplares
	Publicaciones científicas		
11	Principios de administración sanitaria, J. J. Hanlon	590	500
45	Aspectos sanitarios a considerar en la construcción y operación de mataderos	68	3,920
46	Manual del diagnóstico microscópico de la malaria	83	2,000
46	Manual of the Microscopic Diagnosis of Malaria	77	1,500
47	Manual de reacciones serológicas para el diagnóstico de la sífilis	159	2,000
48	Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas, 1949–1958	84	2,000
48	Reported Cases of Notifiable Diseases in the Americas, 1949–1958	83	1,000
49	Conferencia sobre escuelas de salud pública (2–7 de noviembre de 1959, San Miguel Regla, Hidalgo, México)	18	500
50	Live Poliovirus Vaccines—Papers Presented and Discussions Held at the Second International Conference on Live Poliovirus Vaccines (6–10 June 1960, Washington, D.C.)	634	2,000
51	El control de las enfermedades trasmisibles en el hombre (Informe oficial, Asociación Americana de Salud Pública), Novena edición	301	12,000
	Publicaciones varias		
36	Child Mortality in the Americas (reedición)	24	5,000
49	Guía de los informes de la campaña de erradicación del *Aëdes aegypti* en las Américas	17	1,000
49	Guide for the Reports on the *Aëdes aegypti* Eradication Campaign in the Americas	17	1,000
50	The Pan American Zoonoses Center (reedición)	12	5,000
50	O Centro Pan-Americano de Zoonoses	12	5,000
50	El Centro Panamericano de Zoonosis (reedición)	12	5,000
53	La salud en las Américas y la Organización Panamericana de la Salud	112	10,000
53	A Saúde na América e a Organização Pan-Americana da Saúde	112	2,000
	Health in the Americas and the Pan American Health Organization*	105	1,000
54	PAHO, What It Is . . . What It Does . . . . How It Works	24	10,000
54	La OPS, su finalidad . . . sus actividades . . . su estructura	24	5,000
54	OPAS, o que é . . . o que faz . . . como funciona	24	2,000
55	Conferencia Internacional Antiaftosa (12–18 de abril de 1959, Bogotá, Colombia)	158	1,000
56	Informe anual del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, 1958	30 (aprox.) (en prensa)	500
56	Annual Report of the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center, 1958	30 (aprox.) (en prensa)	500
56	O Relatório Anual do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa, 1958	(30 aprox.) (en prensa)	500
57	On Health and Wealth	16	5,000
57	La salud y el bienestar económico	20	5,000
58	Yellow Fever—Unfinished Business	8	5,000
59	XVIII curso internacional de malaria y otras enfermedades metaxénicas (16 de enero–27 de junio de 1960, Maracay, Aragua, Venezuela)	13	600
60	Informe anual del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, 1959	30 (aprox.) (en prensa)	500
60	Annual Report of the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center, 1959	30 (aprox.) (en prensa)	500
60	O Relatório Anual do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa, 1959	30 (aprox.) (en prensa)	500
61	Advisory Committee on Statistics, First Report (20–21 June 1960, Washington, D.C.)	19	300
61	Comité asesor en estadística, primer informe (20–21 de junio de 1960, Washington, D. C.)	8	300
	Documentos oficiales		
31	Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization, 1961–1962	269	350
31	Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, 1961–1962	269	350
32	Proceedings, XI Meeting, Directing Council of the PAHO, XI Meeting, Regional Committee of the WHO for the Americas	248	1,000
32	Actas, XI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas	263	1,050
33	Financial Report of the Director and Report of the External Auditor, 1959	63	350
33	Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo, 1959	63	350
34	Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau, 1959	132	2,000
34	Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1959	138	2,000

* U. S. Government Printing Office, 1960.

Servicios de referencia

Biblioteca

La Biblioteca continuó cumpliendo su función principal de prestar servicio de referencias bibliográficas al personal de la Organización en la Sede y en los servicios de campo.

En 1960, la Biblioteca pasó al Departamento de Educación Profesional. Se reconstituyó el Comité de la Biblioteca que celebró frecuentes reuniones a fin de estudiar las necesidades del personal de la Sede y de campo, así como de las autoridades nacionales en relación con los servicios de referencia. Se examinaron las colecciones de libros y publicaciones existentes y las prácticas seguidas en la biblioteca, y se formularon recomendaciones al Director.

Es necesario hacer una constante revisión del catálogo de la Biblioteca especialmente porque la presente limitación de espacio obliga a descartar el material que ya no se considere útil. Este año se procedió a una revisión completa de la colección de folletos y reimpresos. El material que ya no era necesario o que, según se consideró, era ya inapropiado fue ofrecido a bibliotecas médicas de la América Latina, al "United States Book Exchange Center" y al "Medical Library Exchange".

Los archivos de la Organización, donde se hallan los textos originales de los acuerdos firmados con los Gobiernos Miembros y organizaciones no gubernamentales, fueron trasladados a la Biblioteca para su seguridad y debida conservación.

La Biblioteca de la Sede continuó proporcionando material bibliográfico, inclusive libros, revistas y fotocopias, a las seis Oficinas de Zona y a la Oficina de Campo. Las respuestas al cuestionario enviado durante el año a cada Representante de Zona a fin de determinar el valor de los servicios de biblioteca para el personal de campo indicaron que por el momento no se requería realizar en dichos servicios ninguna modificación importante.

Se continuó facilitando el material para la sección titulada "Biblioteca" del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, así como para la sección de medicina y salud pública de la *Revista Interamericana de Bibliografía*, que es una publicación del Departamento de Asuntos Culturales de la Unión Panamericana.

Se dedicó también atención a la futura ampliación de los servicios de biblioteca, y, en relación con los planos para el nuevo edificio, se hizo el cálculo del espacio que se necesitará para los próximos 20 años.

En el curso del año visitaron la Biblioteca cinco bibliotecarios médicos; dos procedentes de Japón, uno de Tailandia, otro de Perú y otro del Territorio de Papua y Nueva Guinea. Asimismo se organizó para el bibliotecario de Tailandia una serie de visitas a otras bibliotecas médicas de Washington, D.C.

Durante el año, se clasificaron y catalogaron 1,231 libros, y se clasificaron también 551 folletos. De las 8,834 fichas de catálogo preparadas, 702 se enviaron a la biblioteca de la OMS en Ginebra y 538 al Catálogo de la Unión en la Biblioteca del Congreso, a fin de mantener totalmente informadas a dichas bibliotecas de lo que tiene la de la Oficina. Se recibieron 5,374 documentos y publicaciones de la OMS y 4,532 ejemplares de publicaciones seriadas.

Durante el año, se contestaron 4,173 peticiones de información; se hicieron 2,535 préstamos de libros y publicaciones y se facilitaron 2,613 páginas de fotocopia.

Información pública

Como resultado de los nuevos contactos establecidos con la prensa de todo el Hemisferio y la iniciación de otros proyectos, la Organización pudo disfrutar de una más amplia y mejor publicidad que en años anteriores.

Relaciones públicas

En el curso del año, fueron prestadas a instituciones docentes y organizaciones cívicas 102 películas sobre la labor de la OMS y se enviaron otras copias de muchas de estas películas a las Oficinas de Zona para que éstas pudieran atender el creciente número de solicitudes que se reciben de América Latina. Se distribuyeron unos 300,000 ejemplares de material informativo de la OSP/OMS y cerca de 500 sobres conteniendo esa misma clase de material. Asimismo se dio respuesta a unas 3,000 peticiones de información.

Varios miembros del personal de la OSP y de los Comités de Expertos de la OMS dieron conferencias sobre la labor de la OSP/OMS a grupos interesados de los Estados Unidos de América y Canadá y también, aunque en menor número, de la América Latina.

Medios de divulgación

Con objeto de abarcar el público más numeroso posible en todo el Hemisferio, la Oficina de Información Pública dedica gran parte de sus actividades a facilitar material informativo a la prensa, radio y televisión.

Prensa

La Organización facilitó 54 notas informativas y comunicados de prensa durante el año, y las tres principales agencias divulgadoras de las noticias de la OSP/OMS—la "Associated Press", la "United Press International" y la "United States Information Agency" (USIA)—ofrecieron en los Países Miembros más información que en años anteriores sobre la obra de la Organización. Esta mayor actividad en la difusión de noticias sobre la OSP/OMS se debió principalmente a la elaboración de planes y a un contacto más estrecho con los periodistas. La gran publicidad que la prensa y la radio dieron a la Segunda Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomielitis, celebrada en Washington, D.C., del 6 al 10 de junio, suscitó un considerable interés por las actividades de la OSP/OMS.

La publicidad que durante el año logró la Organización en la América Latina fue particularmente buena. El contrato firmado, en el segundo semestre de 1959, con una empresa brasileña para la traducción y distribución de los comunicados de prensa de la OSP/OMS favoreció notablemente la publicidad en el Brasil.

Uno de los servicios iniciados en 1960 fue la distribución a la prensa de notas de información con ilustraciones. Este material consiste en un texto de 200 a 400 palabras y una fotografía, montado todo ello en matrices a dos columnas. Merced a este servicio de "matrices" los periódicos pueden utilizar inmediatamente el texto y la fotografía a un costo muy reducido. Se prepararon siete de estas matrices todas las cuales encontraron una acogida excepcionalmente entusiasta en el Hemisferio. Otra de las innovaciones fue la implantación de un servicio de crónica ilustrada, el cual difiere del de "matrices" en que el texto es por lo general más extenso—de 500 a 800 palabras—y, por consiguiente, más detallado, y va acompañado de hasta tres fotografías en papel satinado. Como parte del servicio se envía una explicación de lo que significa cada fotografía.

Este año, los sobres de material informativo que habitualmente se distribuyen el 7 de abril con motivo del Día Mundial de la Salud, contenían a título de experimento, una carta en la que se sugería un tema para un comentario editorial y una hoja con la exposición o los antecedentes del caso. La sugestión incitó a varios periódicos locales y nacionales de todo el Hemisferio a publicar editoriales en que se abogaba por dar un mayor apoyo a la campaña mundial de erradicación de la malaria, que fue el tema del Día Mundial de la Salud en 1960. Entre los varios periódicos importantes que publicaron editoriales figuran *O Globo* de Río de Janeiro; *El Mercurio* de Santiago, Chile; *El Comercio* de Lima, Perú; el *Richmond Times-Dispatch*, *The New York Times* y los tres diarios principales de Washington, D.C.

En 1960 la Organización obtuvo asimismo su mejor publicidad en las revistas, entre las cuales pueden citarse *Time*, *Life*, *Life en Español*, *The Saturday Evening Post*, *Visión-Visão*, *U.S. News and World Report*, *Newsweek*, *Américas*, y las ediciones inglesa, española y portuguesa del *Reader's Digest* que publicaron uno o varios artículos acerca de la Organización y de su participación en la labor de mejorar la salud internacional.

Radio

Aun dentro de ciertas limitaciones, la labor realizada en este campo fue importante. Con el concurso de los servicios radiofónicos de la Voz de América, de la Organización de los Estados Americanos y de las Naciones Unidas, se

grabaron más de doce entrevistas con altos funcionarios de la Organización para ser distribuidas directamente a las radioemisoras de América Latina. En varias ocasiones se hicieron de estas entrevistas emisiones directas en onda corta.

En el curso del año se inició el servicio de material cronometrado para radio. Se trata de un material en el que se condensa lo más esencial de la información y cada emisión está debidamente cronometrada marcando los minutos y segundos necesarios para la lectura. Este servicio está resultando un medio eficaz de difundir información sobre la OSP/OMS.

Televisión

Las actividades en este medio de difusión, aunque limitadas, fueron importantes. El personal de información pública colaboró con una serie de estaciones de televisión de Norteamérica y de la América Latina en la preparación de programas sobre salud pública internacional. En algunas ocasiones, altos funcionarios de la OSP/OMS participaron personalmente en programas directos de televisión.

Con todo, la mejor publicidad que obtuvo la Organización en televisión se debió a la cooperación con importantes estaciones particulares, a las cuales se proporcionó un buen número de películas y toda la información técnica y de otra clase para la presentación de un programa apropiado acerca de la labor de la Organización Mundial de la Salud. En todos los casos, las Oficinas de Información Pública de Washington y de Ginebra colaboraron en la preparación de los programas que fueron presentados durante 1960 en varias redes de televisión de los Estados Unidos de América.

Igualmente se implantó durante el año un servicio de "matrices" para la televisión, similar al que ya se ha mencionado para la prensa. Este servicio consiste en textos de 100 a 300 palabras y una gran fotografía especialmente preparada para ser reproducida en la pantalla de televisión. La presentación, por la USIA, de un programa en español y en portugués titulado "Panorama americano" constituyó un gran aliciente para los trabajos del personal de información pública de la OSP/OMS en el campo de la televisión durante 1960. Este programa, presentado semanalmente y enviado a 15 países latinoamericanos, tiene un público de unos siete millones de personas. El programa ha utilizado todo el material informativo preparado por la OSP/OMS para la televisión, y con relación al mismo se ha expresado el deseo de utilizar todo el material que pueda proporcionar la Organización.

La falta de personal especialmente adiestrado para las actividades de radio y televisión, así como la escasez de fondos para la producción de películas, constituyen los principales obstáculos para incrementar el programa de publicidad por esos dos medios de difusión.

Exposiciones

Por primera vez, se prepararon interesantes textos describiendo ciertas actividades de la OSP/OMS para acompañar al material de las exposiciones. En el curso del año se distribuyeron en las exposiciones 31,000 ejemplares de estos trabajos informativos.

Se presentaron estas exposiciones en 17 reuniones y convenciones, en dos escuelas de medicina y en cuatro escuelas de medicina veterinaria de los Estados Unidos de América. También se presentaron exposiciones con textos en español en reuniones celebradas en México, D.F., La Habana y Montevideo.

Una de las novedades introducidas durante el año fue la utilización de aparatos transmisores de información en las exposiciones de la OPS/OMS. El guión que describe la labor de la Oficina en materia de higiene infantil, rehabilitación y abastecimiento urbano de agua fue preparado y grabado por el personal de la Sección de Medios Visuales.

La exposición de la OPS/OMS presentada en la reunión anual de la Asociación Americana de Salud Pública en San Francisco, California, recibió un Diploma con mención honorífica.

Servicios fotográficos

Se proporcionaron, con sus correspondientes leyendas, más de 4,000 fotografías—sin contar las utilizadas en "matrices" y en las crónicas ilustradas—a escritores, empresas editoriales, grupos cívicos, agencias de información gráfica, revistas médicas y de carácter general, maestros, educadores en el campo de la salud y otros grupos e individuos interesados, así como a las Oficinas de Zona, para que las utilizaran en relación con los programas.

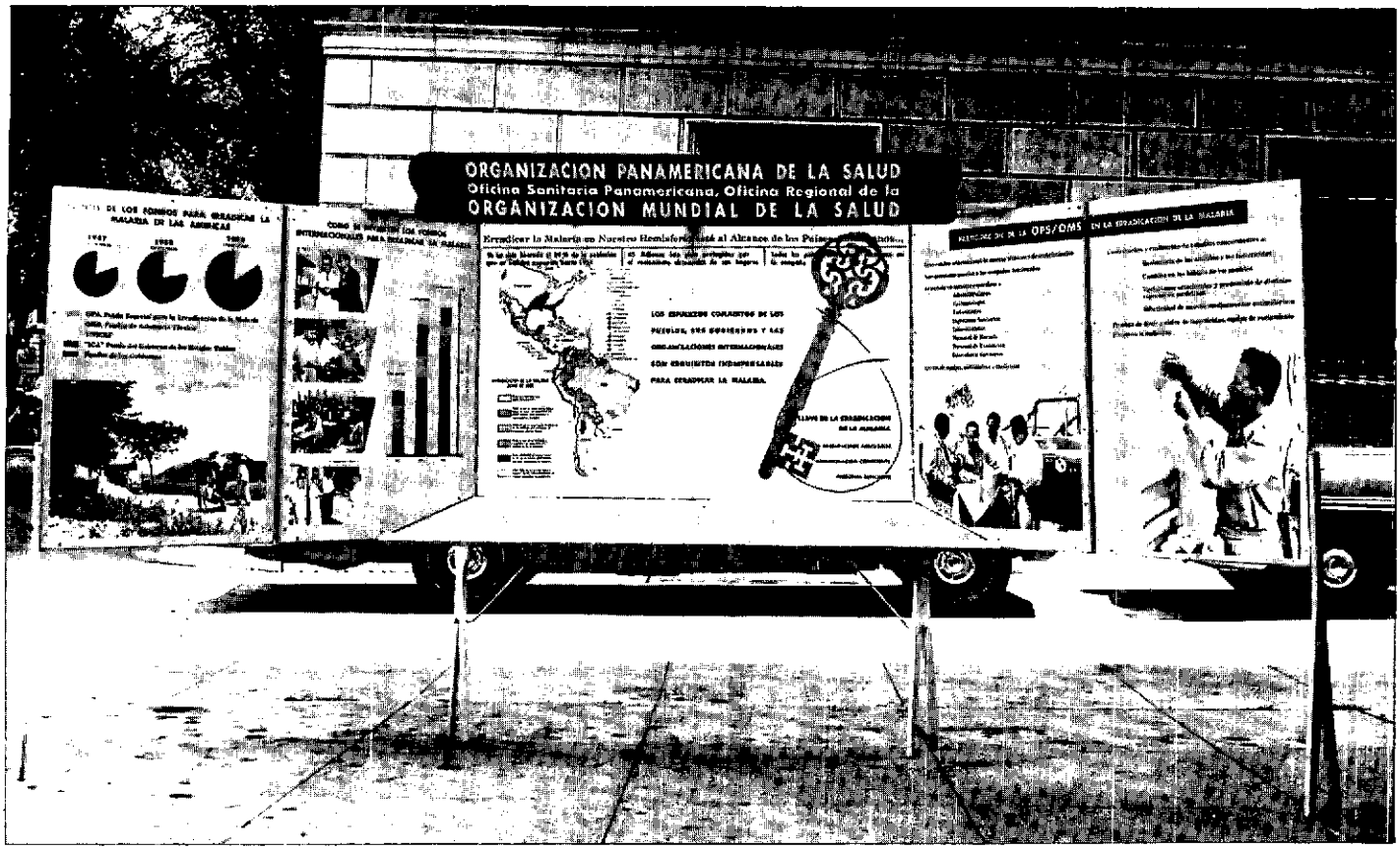
En el curso del año, se agregaron al archivo fotográfico de la Oficina 264 negativos, con lo cual su número total asciende ahora a unos 7,000.

Se prepararon además 264 diapositivas que fueron facilitadas al personal profesional de la Oficina para su empleo en conferencias sobre la labor de la OSP/OMS.

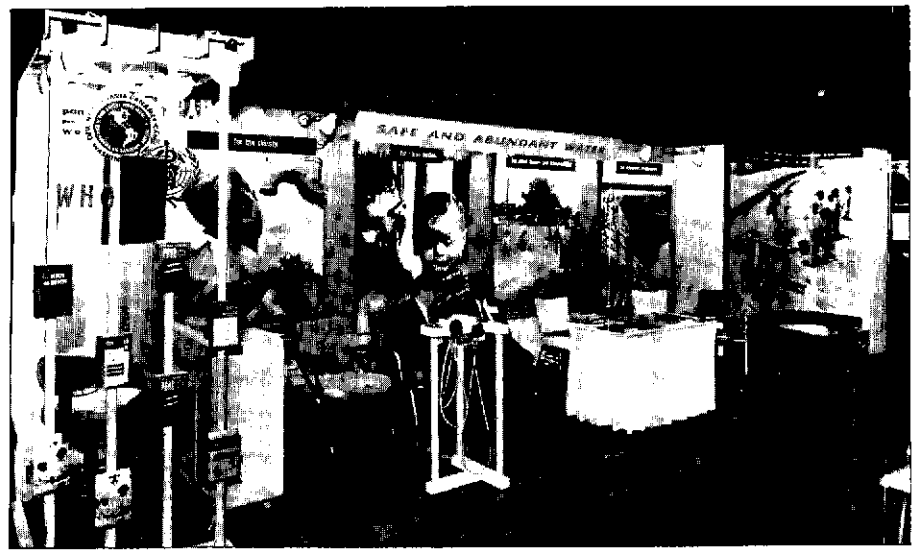
Servicios gráficos

En 1960, la Sección de Medios Visuales preparó cerca de 600 mapas, gráficos y cuadros. Entre ellos figuran las ilustraciones para 17 artículos publicados en el *Boletín* y para 30 publicaciones—11 de las cuales fueron diseñadas por la Sección—, inclusive el informe sobre *La salud en las Américas y la Organización Panamericana de la Salud, Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas, 1949–1958* y el *Informe Anual del Director, 1959*.

Las diversas secciones de la Oficina hicieron 1,500 dibujos y las láminas para las planchas de color de un cartel, del que se enviaron 30,000 reproducciones a los servicios nacionales de erradicación de la malaria.



Exposición antimalárica distribuida a las Oficinas de Zona correspondientes a los países de habla española.



Exposición premiada que se exhibió en la Reunión Anual de la Asociación Americana de Salud Pública celebrada en 1960, en San Francisco, California, E.U.A.

Otras actividades

Serie de Notas de la OPS

En 1960, se inició la Serie de Notas de la OPS, que consiste en la publicación de hojas plegables sobre temas concretos. Los dos primeros fueron los titulados *Ayer y hoy—Pasado y presente de la lucha en pro de la salud pública interamericana* y *La erradicación de la malaria en las Américas— Los seis primeros años de la campaña en el Hemisferio Occidental*. Estas dos hojas, que han sido ya distribuidas en inglés, español y portugués, serán puestas al día cada dos años.

La Oficina de Información Pública preparó también el texto del folleto titulado *La Organización Panamericana de la Salud (OPS), su finalidad. . . sus actividades. . . su estructura.*

Programa de información para el personal

Teniendo presente que el personal de la Oficina es el público que tiene en su propio seno la Organización, que un personal bien informado trabaja con más entusiasmo y que todos los miembros del personal pueden contribuir personalmente a difundir la información de carácter general sobre la labor de la OPS, la Oficina de Información Pública emprendió en 1960, por primera vez en la historia de la OSP un programa de información para el personal. Hasta la fecha el programa consiste en la preparación de un memorandum sobre cada acontecimiento importante de la Organización y su distribución a todos los miembros del personal; el envío al domicilio de éstos de la publicación *Salud Mundial* para que la conozcan también sus respectivos parientes y amigos; la exhibición, en pequeños tableros, de ilustraciones relativas a un programa nacional o regional; y la difusión de información sobre acontecimientos especiales, como por ejemplo, la presentación de alguna película, el Día Mundial de la Salud y la Semana Panamericana.

ACTIVIDADES RELATIVAS A LAS INVESTIGACIONES

En los anales de la Organización el año 1960 señalará el comienzo de la expansión de sus actividades de investigación en las Américas. El acontecimiento más importante fue una "declaración de estipulaciones" entre el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América y la Organización Panamericana de la Salud, anunciada conjuntamente a mediados de diciembre. En el acuerdo se destacan tres puntos principales: colaboración entre el personal de la OPS y el del citado Servicio de Salud Pública, intensificación de las actividades de la OPS en el campo de las investigaciones, y determinación de la clase de colaboración que el mencionado Servicio puede prestar en las actividades de la OPS en esa esfera.

La Organización otorgará un limitado apoyo a ciertos proyectos y programas de investigaciones, llevará a cabo otros con su propio personal, coordinará los proyectos de investigaciones que afecten a varios países y colaborará en el desarrollo de las investigaciones médicas en todo el Hemisferio. El Servicio de Salud Pública estudiará las propuestas para la concesión de subvenciones a investigadores que deseen participar en programas coordinados por la Organización, así como las solicitudes de subvención para investigaciones efectuadas por miembros del personal de la Organización. Los Institutos Nacionales de Higiene de dicho país continuarán ofreciendo subvenciones a los investigadores que se dediquen a trabajos relacionados con los objetivos de aquellos Institutos y encaminados a la solución de los problemas de la salud y de las enfermedades de importancia primordial para los Estados Unidos de América.

La Organización fue el organismo internacional promotor de los programas de investigaciones en el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, en el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, establecido en el Brasil, y en el Centro Panamericano de Zoonosis, en Argentina. Los fondos para estos programas de investigaciones proceden de diversas fuentes y, al mismo tiempo, los países en que dichos centros están situados han aportado una valiosa contribución al facilitar las instalaciones para los mismos. Como se indica en otra sección del presente informe, la característica más importante del programa de investigaciones del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa sigue siendo la elaboración de una vacuna de virus vivo modificado, en tanto que en el INCAP se vienen llevando a cabo diversos programas de investigaciones sobre nutrición. El Centro Panamericano de Zoonosis continuó sus actividades e investigaciones en los campos de la brucelosis, hidatidosis, rabia, tuberculosis, leptospirosis, ántrax, triquinosis y salmonelosis.

En el curso del año se inició el estudio interamericano sobre la aterosclerosis, que cuenta con el apoyo de una subvención de los Institutos Nacionales de Higiene (EUA). Este es el primer estudio geográfico de enfermedades emprendido en el Hemisferio y en él participan 13 patólogos de Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América, Guatemala, Jamaica, Perú, Puerto Rico y Venezuela. En enero de 1960 se celebró una conferencia sobre planificación de protocolos, y a mediados de año se inició la obtención de especímenes de aortas, arterias coronarias y otras arterias. Se planeó asimismo un estudio epidemiológico del cáncer, y de las enfermedades cardiovasculares y otras dolencias crónicas. La preparación de estadísticas de mortalidad comparables constituirá un importante paso en el estudio geográfico de estas enfermedades.

En Lima se viene llevando a cabo un proyecto de investigaciones sobre la diarrea infantil y la malnutrición, financiado por los Institutos Nacionales de Higiene (EUA). Estos trabajos se han orientado hacia la elucidación de la naturaleza de las alteraciones del agua y el metabolismo de electrólitos en niños malnutridos que sufren de diarrea. Los hallazgos de estas investigaciones, junto con los conocimientos de que ya se dispone, se aplicarán al desarrollo de métodos de tratamiento en zonas cuyos medios y servicios de laboratorio y de hospitales son mínimos o inexistentes.

Como parte de las actividades de erradicación de la malaria que lleva a cabo la Organización, se emprendieron una serie de investigaciones. Se designó a un oficial de investigaciones para los trabajos de erradicación de la malaria; se inició un análisis estadístico de la naturaleza y grado de la resistencia del *A. albimanus* a los insecticidas; se realizaron en El Salvador estudios de campo de nuevos modelos de rociadores de insecticidas; se efectuaron estudios especiales sobre la resistencia de los anofelinos a los insecticidas, en Bolivia y en El Salvador, y se concedió una subvención a la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins para mantener colonias separa-

das de anofelinos resistentes y susceptibles. Un grupo especial emprendió investigaciones epidemiológicas sobre las causas de la persistencia de la transmisión de la malaria en Costa Rica y en El Salvador. Otras investigaciones sobre aspectos de interés actual son los estudios de la resistencia del *P. falciparum* a la cloroquina en el Valle del Magdalena en Colombia, y de la quimioterapia de la malaria con sal cloroquinada en el Valle del Amazonas, en el Brasil.

Respondiendo al creciente interés por las repercusiones económicas de la erradicación de la malaria, y en virtud de una recomendación específica del Consejo Directivo, la Organización estimuló a la Oficina de Economía de Salud Pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan a que emprendiera investigaciones sobre esa materia. Además, la Organización no sólo dio su apoyo a la solicitud formulada por el investigador principal a los Institutos Nacionales de Higiene para la obtención de una subvención destinada a esa labor, sino que convino en contribuir al programa con una cantidad equivalente al 10% de la subvención. Los citados Institutos asignaron la cantidad de $95,000, que se utilizará en un período de tres años, para las investigaciones sobre las repercusiones económicas de la erradicación de la malaria y, en consecuencia, la Organización asignó también $9,500 al proyecto. Se facilitará igualmente colaboración en la selección de zonas apropiadas para las operaciones de campo en las Américas.

La Organización viene fomentando activamente la enseñanza de las estadísticas médicas, y en una reunión celebrada en 1958, a la que asistieron consultores que participaron en la Conferencia Sudamericana sobre la Enseñanza de Estadística Médica, se elaboraron planes para el desarrollo de estas actividades, en los que figuran la organización de un cursillo intensivo sobre la materia. El Comité Asesor en Estadística, en su reunión de junio de 1960, recomendó que se solicitaran fondos a los Institutos Nacionales de Higiene para financiar un curso de esta naturaleza. En consecuencia, el profesor de bioestadística de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de São Paulo presentó una solicitud, con el título de Adiestramiento en Estadística de las Ciencias Médicas, para que se otorgara una subvención destinada a la preparación de graduados en esa materia. Se concedió una subvención para un curso de seis semanas de duración, que se ofrecerá durante dos años consecutivos a miembros de las facultades de medicina interesados en la estadística y que estén en condiciones de fomentar las actividades de estadística entre sus colegas. Esta es la primera subvención de esta naturaleza que se concede a una escuela de salud pública fuera de los Estados Unidos de América, y la Escuela de São Paulo será la iniciadora de la labor en este campo. La Organización prestará colaboración a la citada Escuela mediante la difusión de información sobre el curso y la selección de posibles becarios para el mismo y, además, facilitará los servicios de un consultor a corto plazo.

Miembros del personal de la Organización participaron en la preparación de varios proyectos de investigaciones, figurando entre estos trabajos la renovación de la subvención de los Institutos Nacionales de Higiene al Departamento de Zoología de la Universidad de México, para estudiar la ecología de los murciélagos rabiosos, y la renovación de la subvención a la Escuela de Veterinaria de Ontario, Canadá, para el estudio de la aterosclerosis en los cerdos; y un estudio de los recursos en materia de animales de laboratorio, así como los medios y servicios para el adiestramiento de personal dedicado a la producción, al mantenimiento y a la utilización de dichos animales en Canadá. Estas dos últimas actividades están financiadas con fondos canadienses para investigaciones. Asimismo, un miembro del personal de la OPS participó en la elaboración de los planes del Consejo Nacional de Investigaciones de los Estados Unidos de América para estudiar los recursos en materia de animales de laboratorio en este país, y en la de los relativos a un Centro de Investigaciones sobre Zoonosis en la Universidad de Illinois. Se están preparando planes para el establecimiento de estaciones de investigaciones médicas en los Andes, que es un proyecto de la Universidad de San Marcos, Perú; estos planes se presentarán a la Dirección General del Fondo Especial de las Naciones Unidas con una solicitud de subvención. Se ha preparado también un proyecto relativo a estudios epidemiológicos de campo sobre la rabia en la frontera mexicano-estadounidense, para el cual se ha solicitado una subvención a los Institutos Nacionales de Higiene.

En la sección correspondiente se reseñan las actividades de investigación sobre la poliomielitis.

Así, pues, las investigaciones se están convirtiendo en actividad específica de la Organización, y es probable que gracias a la expansión iniciada en 1960, se logren importantes progresos en el conocimiento de la epidemiología de las enfermedades en las Américas.

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

En 1960 se realizaron importantes progresos en las actividades administrativas de la Organización. El 28 de marzo de 1960, el Presidente de los Estados Unidos de América firmó la Ley 86-395 autorizando la donación de un terreno para la construcción del edificio de la Sede permanente de la Organización Panamericana de la Salud; y el 31 de agosto del mismo año firmó la Ley 86-678 autorizando la asignación de fondos para la compra de un solar situado en la Avenida Virginia y la calle 23, en el sector noroeste de Washington, D.C. Este terreno tiene una superficie de 45,644 pies cuadrados (4,202 metros cuadrados).

El Consejo Directivo, en su XII Reunión (La Habana, agosto de 1960), aprobó 1) los métodos de selección de arquitectos, ingenieros y contratistas; 2) la estimación de las necesidades relativas a espacio; 3) las instalaciones que debe comprender el edificio; 4) la estimación del costo y 5) los métodos de financiamiento. Con respecto al primer punto, el Consejo aprobó específicamente la celebración de un concurso internacional para el proyecto del nuevo edificio. Se estableció que sería un concurso libre abierto a todos los arquitectos del Hemisferio Occidental que reunieran los requisitos necesarios y se llevaría a cabo de conformidad con las normas establecidas por la Unión Internacional de Arquitectos y el "American Institute of Architects" (AIA). En el mes de diciembre, la Organización firmó un contrato con el Sr. Leon Chatelain, Jr., ex Presidente del AIA, que se encargó de preparar el pliego de condiciones y dirigir el concurso.

No cabe duda que la construcción del nuevo edificio de la Sede constituye una necesidad urgente; en 1960, hubo que alquilar otro local para oficinas, que mide 3,000 pies cuadrados (279 metros cuadrados), a fin de aliviar la grave escasez de espacio existente en los tres edificios en que trabaja el personal de la Sede.

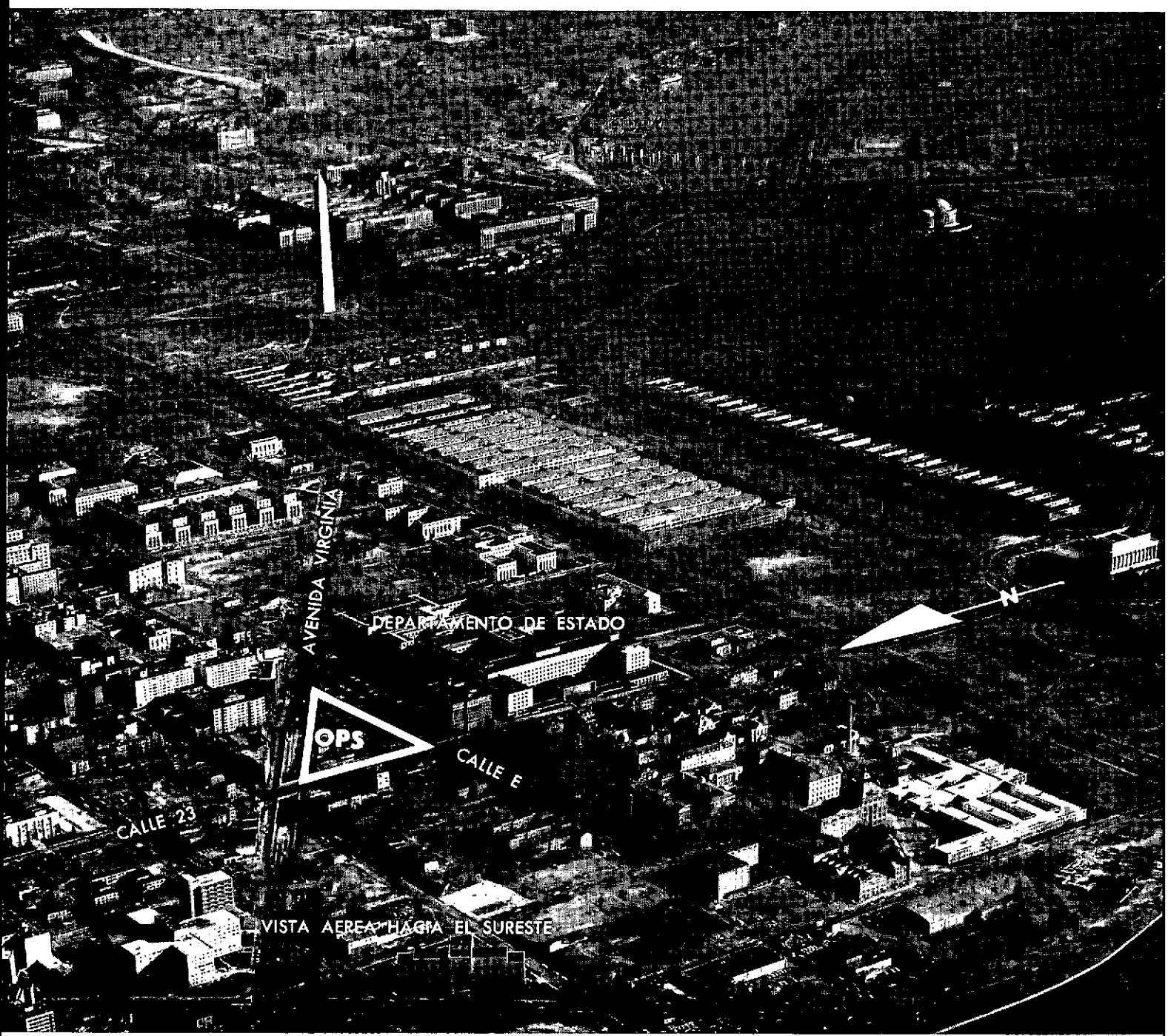
Colaboración en materia de prácticas administrativas

El personal de la División de Administración prosiguió e intensificó las actividades encaminadas a mejorar la administración de los organismos de salud pública de los Gobiernos Miembros. La labor en este aspecto se concentró principalmente en las Zonas VI y III. En la Zona VI, el consultor en métodos administrativos de la Organización, colaboró en la preparación de un presupuesto mejor concebido para el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay. También cooperó en el establecimiento de sistemas y procedimientos para el servicio de conservación de automóviles del Ministerio. Además, se hizo la labor preparatoria para la iniciación de proyectos encaminados a mejorar la administración de personal y de suministros en el Ministerio de Salud Pública de Chile.

En San José, Costa Rica, se celebró del 14 al 25 de noviembre de 1960 un seminario sobre administración y organización de los servicios de salud pública en Centro América y Panamá, al que asistieron los directores generales y los jefes de administración de dichos servicios gubernamentales en los países que integran la Zona III de la Organización, el Viceministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública de Panamá, así como especialistas técnicos de las organizaciones internacionales que cooperan en estas actividades. Se examinó la organización de los servicios de salud pública y administrativos de cada uno de los países participantes y se presentaron trabajos técnicos especiales sobre diversos asuntos administrativos. La Escuela Superior de Administración Pública de América Central (ESAPAC), que cooperó con la Organización en la preparación del seminario, publicó el informe del mismo.

Los participantes sugirieron que, dada su importancia, el informe fuera examinado en la Reunión de Ministros de Salud Pública de América Central y Panamá, a celebrarse en Tegucigalpa, Honduras, en 1961.

El personal de la División continuó asimismo colaborando en la presentación de los aspectos administrativos en los programas generales de adiestramiento organizados por los servicios técnicos de la Oficina. Así, tuvo a su cargo la presentación de parte del curso de adiestramiento en administración, explotación y financiamiento de sistemas de abastecimiento de agua, para ingenieros de la OSP/OMS y de la ICA, celebrado en el "Robert A. Taft Sanitary Engineering Center", de Cincinnati, Ohio, del 28 de marzo al 13 de abril de 1960. El personal de la División presentó también la sección sobre administración en varios cursos celebrados en el Centro de Adiestramiento en Erradicación de la Malaria, establecido en Kingston, Jamaica, y organizó un curso completo de adiestramiento para todos los consultores de la OSP/OMS en métodos administrativos, asignados al programa de erradicación de la malaria.



VISTA AEREA HACIA EL SURESTE

Otras actividades

El Subcomité sobre Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud prosiguió, con la colaboración de la División de Administración, su labor de revisión de los textos de la Constitución y de los Reglamentos Internos de los Cuerpos Directivos.

En enero de 1960, se estableció un nuevo plan de seguro de enfermedad para el personal. En el primer año de funcionamiento, el importe total de las peticiones de reembolso presentadas ascendió al 51.5% de las cuotas. Con la ayuda del Comité de Inspección, que está integrado por representantes del Director y del personal, se resolvieron muchos problemas importantes relativos a normas y procedimientos.

Este fue también el primer año completo de funcionamiento del Departamento de Conferencias y Publicaciones como parte integrante de la División de Administración. La transferencia de este Departamento, que antes dependía de la Oficina del Director, además de aligerar el volumen de trabajo de ésta ha facilitado la coordinación de los servicios administrativos para las reuniones.

Servicios de gestión administrativa

El personal de la Sección de Gestión Administrativa completó la encuesta que venía llevando a cabo sobre la organización, personal y procedimientos de la Sección de Finanzas. También completó un estudio de las actividades administrativas del Departamento de Becas.

El citado personal continuó su labor relativa al Manual Administrativo de la OSP/OMS, y en el curso del año publicó unas 700 páginas nuevas o revisadas. También se preparó un índice del Manual. Este, que consta de tres volúmenes, contiene actualmente 1,200 páginas.

Personal

A fines de 1960, el personal de la Organización ascendía a 837 empleados, de los cuales 407 eran funcionarios internacionales y 430 de contratación local. Había 229 personas empleadas en la Sede de Washington y 608 en las Oficinas de Zona y proyectos de campo. El número total de funcionarios de la OSP/OMS aumentó en un 7.58 en relación a 1959. Sin embargo, el personal de la Sede sólo aumentó en un 3.15%, en tanto que el de proyectos se incrementó en un 11.08%.

CUADRO 36. COMPARACIÓN DEL NÚMERO DE FUNCIONARIOS, 1959–1960*

Lugar de destino	1959	1960	Porcentaje de aumento
Total	778	837	7.58
Sede	222	229	3.15
Oficinas de Zona y de Campo	105	107	1.91
Programas	451	501	11.08

* El 31 de diciembre de 1959 y el 31 de diciembre de 1960; no están incluidos los funcionarios temporeros y los consultores a corto plazo.

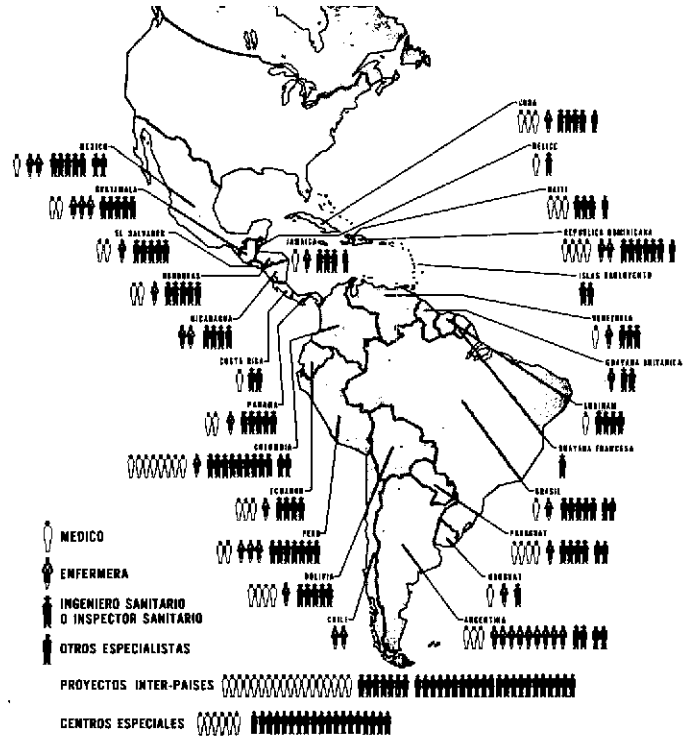


Fig. 22. Personal profesional internacional asignado a los proyectos en los países de las Américas, diciembre 1960.

Funcionarios de la Sección de Personal colaboraron en la preparación de documentación para el estudio realizado por el Comité Consultivo en Asuntos Administrativos y de Presupuesto de las Naciones Unidas, sobre la escala de sueldos del personal internacional y la Caja Común de Pensiones del Personal.

El nuevo plan para la Caja de Pensiones, aprobado por la Comisión Quinta de las Naciones Unidas, entrará en vigor el 1º de abril de 1961, de ser aprobado por la Asamblea General. El nuevo plan prevé, entre otras cosas, un aumento de la remuneración computable a efectos de pensión; una limitación de los derechos a retirar la cantidad global después de transcurrido el período de transición de seis años, durante el cual los funcionarios conservarán los actuales derechos a este respecto; una pensión mayor para las viudas de funcionarios; un aumento en la pensión para huérfanos; una mayor prestación de invalidez y prestaciones a otros parientes en primer grado cuando el funcionario no deje viuda ni hijos.

Como consecuencia de las encuestas llevadas a cabo en coordinación con las Naciones Unidas, se revisaron las

escalas de sueldos correspondientes a cuatro lugares de destino de la OSP/OMS. También se revisaron en 21 localidades las escalas de ajustes por lugar de destino, en los que se toma en cuenta la diferencia del costo de vida para personal internacional.

Presupuesto y finanzas

El presupuesto ordinario de la OPS, aprobado para 1960, excedió en un 9.8% del correspondiente a 1959. En el Cuadro 37 figura un resumen de los fondos presupuestados para 1960, y la procedencia de los mismos.

El total de fondos administrados por la Organización en 1960 aumentó en un 7.2% en relación a 1959. Estos fondos procedieron de diversas fuentes, pero fueron administrados para financiar un plan unificado. El Cuadro 38 muestra los gastos realizados con cargo a los fondos de las distintas procedencias administrados por la Organización en 1960.

La recaudación de cuotas en 1960 fue mucho más baja que en 1959. Los pagos de cuotas del ejercicio en curso ascendieron al 76.3% de las asignadas, en comparación con el 81.4% en 1959. Se recaudó el 45.9% de las cuotas atrasadas pendientes de pago a principios de año, mientras que en 1959 se recibió el 66.1%. En 1960, el total de la recaudación de cuotas del ejercicio en curso y atrasadas ascendió al 70.5% de las cantidades adeudadas, en tanto que en 1959 la proporción fue del 78.4%.

CUADRO 37. FONDOS PRESUPUESTADOS PARA LA OSP/OMS EN 1960

Presupuesto ordinario de la OPS	$4,100,000
Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria	3,120,600
Fondo de la OPS para Abastecimiento Público de Agua	200,000
Subvenciones y otras aportaciones a la OPS	261,234
Programa de Cooperación Técnica de la OEA	403,600
Presupuesto ordinario del INCAP	105,000
Subvenciones y otras aportaciones al INCAP	270,400
Total de la OPS	$8,460,834
Presupuesto ordinario de la OMS	$1,805,884
Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación del Paludismo	11,600
Asistencia Técnica/OMS	915,350
Total de la OMS	$2,732,834
Total de la OPS/OMS	$11,193,668

CUADRO 38. GASTOS REALIZADOS CON CARGO A LOS FONDOS ADMINISTRADOS POR OSP/OMS EN 1960

Presupuesto ordinario de la OPS	$3,679,395
Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria	1,979,550
Fondo de la OPS para Abastecimiento Público de Agua	142,411
Fondo de la OPS de indemnización del seguro de incendio	20,630
Subvenciones y otras aportaciones recibidas por la OPS	292,921
Programa de Cooperación Técnica de la OEA	378,614
Presupuesto ordinario del INCAP	104,829
Subvenciones y otras aportaciones recibidas por el INCAP	366,304
Total de la OPS	$6,964,654
Presupuesto ordinario de la OMS	$1,757,148
Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación del Paludismo	11,791
Asistencia Técnica/OMS	961,012
Total de la OMS	$2,729,951
Total de la OPS/OMS	$9,694,605
Servicios de compras en las Américas por cuenta de Gobiernos, instituciones públicas, etc.	331,202
Total general	$10,025,807

En 1960, los gastos excedieron en $38,150, de los ingresos procedentes de las cuotas y de otras fuentes para el presupuesto ordinario de la OPS. Este déficit se cubrió con un anticipo del Fondo de Trabajo. En 1959 hubo un superávit en efectivo de $207,173, que fue transferido al Fondo de Trabajo. De conformidad con la política recomendada por el Comité Ejecutivo y aprobada por el Consejo Directivo, en el presupuesto para 1961 figura una asignación de $300,000 para el Fondo de Trabajo. La asignación anual de esta cantidad incrementará gradualmente el Fondo de Trabajo hasta que éste alcance el nivel autorizado.

El Consejo Directivo, en su XII Reunión, aprobó un presupuesto ordinario de la OPS para 1961, por la cantidad de $4,800,000, lo que, si se excluye la suma de $300,000 para el Fondo de Trabajo, representa un aumento del 9.76% sobre el de 1960. El presupuesto ordinario de la OMS aprobado para 1961 incluye la cantidad de $1,805,884 para la Región de las Américas, lo cual representa un aumento del 4.1% en comparación con 1960.

Se introdujeron varias modificaciones para mejorar los procedimientos de administración financiera de la Sede y de los servicios de campo. La División realizó nuevos progresos en la preparación de un nuevo sistema de presupuesto y contabilidad, y se establecieron las clasificaciones y resúmenes por actividades principales que son necesarios para presentar un presupuesto funcional. Se realizó una revisión completa de los sistemas de control presupuestario y financiero del Centro Panamericano de Zoonosis. También se mejoraron los procedimientos de análisis y control presupuestario y financiero, y en 1961 se proyecta transferir al INCAP el control de las asignaciones presupuestarias y las funciones relativas a la presentación de informes financieros sobre los fondos de subvenciones.

Suministros

La División de Administración continuó prestando servicios de compras por cuenta de los Gobiernos Miembros de la OPS y de la sede de la OMS en Ginebra, así como para satisfacer las necesidades corrientes del funcionamiento de la Oficina.

En 1960 se efectuaron compras de urgencia para Cuba, México, Nicaragua y Venezuela, utilizando para ello el Fondo Rotatorio de Emergencia de la Organización.

Varios laboratorios productores de medicamentos donaron preparaciones farmacéuticas a diversos países a fin de que pudieran hacer frente a situaciones de emergencia.

Durante este período se completaron las negociaciones con el Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América para la compra de diapositivas seriadas sobre temas relacionados con la salud, a un costo reducido.

Conferencias y Publicaciones

En 1960 se prestaron servicios de conferencias y documentos, así como de idiomas y editoriales, para la 40ª Reunión del Comité Ejecutivo, celebrada en Washington, D. C., y la XII Reunión del Consejo Directivo y las 41ª y 42ª Reuniones del Comité Ejecutivo que tuvieron lugar en La Habana, Cuba, en el mes de agosto.

También se prestaron servicios similares para otras conferencias, reuniones y seminarios convocados o patrocinados por la OSP/OMS. El personal de este Departamento proporcionó asimismo servicios de traducción y edición para la preparación e impresión de las publicaciones periódicas y especiales.

El número de páginas traducidas durante el año, sin contar las traducciones hechas durante las reuniones, fue el siguiente:

Idioma	Páginas
Español	7,322
Inglés	1,713
Portugués	913
Total	9,948 (1,989,600 palabras)

La coordinación de la distribución de publicaciones, estuvo a cargo del Departmento de Conferencias y Publicaciones. La Unidad de Distribución funcionó bajo el control administrativo de la Oficina de Servicios Generales. El producto de la venta de publicaciones ascendió a $5,262.06, lo que representa un aumento de $4,316.06 sobre 1959. El Cuadro 39 muestra el número de ejemplares de las distintas publicaciones distribuidas en 1960 y en 1959.

CUADRO 39. DISTRIBUCIÓN DE PUBLICACIONES

Distribución general	1959	1960
Total	187,016	201,139
Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana	107,573	108,394
Publicaciones especiales	33,909	40,323
Otras publicaciones	45,534	52,422

REUNIONES Y ACUERDOS OFICIALES

En 1960, los Cuerpos Directivos de la Organización celebraron, en Washington, D.C., la 40ª Reunión del Comité Ejecutivo del 25 al 29 de abril, y en La Habana, Cuba, del 12 al 26 de agosto, la XII Reunión del Consejo Directivo y la 41ª y 42ª Reuniones del Comité Ejecutivo.

Consejo Directivo

En la XII Reunión del Consejo Directivo, XII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, estuvieron representados los siguientes Gobiernos: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Haití, Honduras, México, Panamá, Perú, Reino de los Países Bajos, Reino Unido, Uruguay y Venezuela. El Gobierno de Canadá designó un observador. Además, asistieron observadores de la OEA, del UNICEF, de la UNESCO, del Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares, de siete organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS, de la Confederación Médica Panamericana y de la Sociedad Cubana de Salubridad Pública.

El Consejo celebró 16 sesiones plenarias, la sesión inaugural y la sesión de clausura; seis sesiones de la Comisión General y tres de la Comisión de Credenciales. Además se dedicó un día entero a las Discusiones Técnicas.

Entre los asuntos de mayor importancia considerados por el Consejo Directivo en esta reunión figuran, además del informe sobre la labor realizada en 1959, el programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1961; el estado de la erradicación de la malaria; los aspectos económicos de este problema, el estado de la erradicación del *Aëdes aegypti*, la erradicación de la viruela, el desarrollo y utilización de la INCAPARINA, el informe sobre el estado de los programas de abastecimiento de agua a las poblaciones, los aspectos económicos de las actividades de salud, la formación de personal de salud pública en las Américas, la propaganda de productos medicinales, la cesión temporal de funcionarios de los Gobiernos Miembros a las organizaciones internacionales de salud pública; la colaboración de la OSP con los servicios nacionales de salud en materia de prácticas administrativas, y el Programa General de Trabajo de la OPS/OMS para el período de 1962–1965.

El Consejo examinó detenidamente el proyecto de programa y presupuesto de la OPS para 1961, y resolvió fijar el presupuesto para dicho año en $4,800,000, de conformidad con la recomendación formulada por el Comité Ejecutivo en su 40ª Reunión. Después de examinar el informe sobre el estado de la erradicación de la malaria, presentado por el Director, el Consejo reiteró su interés en el programa y solicitó de los Gobiernos Miembros que continúen esforzándose para terminar las campañas de erradicación en sus respectivos territorios. Además, expresó su agradecimiento a los Gobiernos que han contribuido al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria, así como al UNICEF y a la ICA por la colaboración que han venido prestando al programa. El Consejo prestó también particular atención a los aspectos económicos de la erradicación de la malaria, en razón de las repercusiones de esta enfermedad en la economía de los países afectados.

En cuanto al estado de la erradicación del *A. aegypti*, el Consejo declaró el territorio de la República de El Salvador libre de dicho vector, e hizo un llamamiento a los países y territorios aún infestados, para que los que todavía no han iniciado la erradicación, la acometan, y los que la tienen en marcha, la intensifiquen en los términos aprobados por la XI Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Consejo expresó su satisfacción por el éxito obtenido por varios Gobiernos Miembros al eliminar la viruela de sus territorios, y por el desarrollo de campañas nacionales de vacunación en otros países. Además, recomendó a los Gobiernos Miembros que presten especial atención al mantenimiento de índices adecuados de inmunidad en la población, a fin de consolidar los éxitos obtenidos.

En relación con el informe sobre la Mezcla Vegetal No. 9, desarrollada por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá bajo el nombre de INCAPARINA, el Consejo puso de relieve que la utilización de este producto en ciertos países será de gran valor para el éxito de la lucha contra la desnutrición, sobre todo infantil, y recomendó a los Gobiernos Miembros que, a través de sus respectivos departamentos de salud y otros afines, estudien el valor potencial y las posibilidades de elaborar la INCAPARINA o productos similares locales y los medios para estimular su consumo por las poblaciones.

Respecto a los programas de abastecimiento de agua, el Consejo recomendó a los Gobiernos Miembros que in-

cluyan los planes para sistemas rurales de suministro de agua como parte de sus programas integrales de salud pública, y de que, al hacer la distribución de los fondos para obras de abastecimiento de agua en zonas rurales concedan la debida importancia al estado sanitario de las mismas. También encomendó al Director que continúe sus esfuerzos para obtener nuevas aportaciones voluntarias de todas las fuentes públicas y privadas, nacionales e internacionales, y para que las instituciones financieras consideren de alta prioridad las solicitudes de préstamos para llevar a cabo programas de abastecimiento de agua; y agradeció a los Gobiernos de los Estados Unidos de América y de Venezuela sus generosas aportaciones al Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua.

El Consejo prestó asimismo atención al valor de los aspectos económicos de las actividades de salud, y encomendó al Director que celebre consultas con los funcionarios competentes de la Organización de los Estados Americanos y de otras organizaciones interesadas o relacionadas con la salud pública, a fin de estudiar en qué forma podría fomentarse más aún los intereses comunes de esas organizaciones en la esfera económica.

Al estudiar las necesidades existentes en cuanto a personal de salud pública con adecuada formación en las Américas, el Consejo destacó la importancia de dedicar el máximo esfuerzo a ampliar las actividades de la Organización en materia de educación y encomendó al Director que intensificase sus esfuerzos para obtener fondos extrapresupuestarios con el objeto de ampliar el programa educacional en la medida necesaria.

El Consejo examinó el documento presentado sobre la propaganda de productos medicinales y encomendó al Director de la Oficina que continúe el estudio de la situación actual del control de la propaganda de dichos productos, y que dé cuenta de su resultado a la XIII Reunión del Consejo Directivo. Igualmente, reiteró su recomendación a los Gobiernos Miembros en el sentido de que adopten medidas para prohibir la propaganda engañosa de tales productos.

En relación con la cesión temporal de funcionarios nacionales de salud pública de los Gobiernos Miembros, el Consejo quedó enterado de las dificultades que actualmente se oponen a la contratación de personal para las actividades internacionales de salud pública y, concretamente, a la cesión temporal de personal de los servicios nacionales de salud pública y, en consecuencia, estimó conveniente que los Gobiernos Miembros introduzcan en su legislación las disposiciones necesarias para amparar los derechos que, en los respectivos servicios nacionales, tengan adquiridos aquellos funcionarios cuyos servicios sean objeto de cesión temporal a las organizaciones internacionales de salud pública.

El Consejo tomó nota del informe presentado por el Director sobre la colaboración de la OSP en materia de prácticas administrativas de los servicios nacionales de salud y le encomendó que informe de nuevo al Consejo, en su XIII Reunión, sobre los progresos realizados en este programa.

Después de haber estudiado detenidamente el Tercer Programa de Trabajo de la OMS, presentado en las Actas Oficiales No. 102, el Consejo Directivo encomendó al Director de la OSP que prepare y presente a la consideración del mismo, en su XIII Reunión, un Programa General de Trabajo de la OPS para el período de 1962–1965, teniendo en cuenta las observaciones formuladas por las delegaciones durante el debate sobre este tema.

Entre otros asuntos de carácter administrativo y financiero examinados por el Consejo Directivo en esta reunión figuraron el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1959 (Documento Oficial No. 33), que fueron aprobados; el Fondo Rotatorio de Emergencia; la recaudación de las cuotas, y el proyecto de programa y presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1962, que el Consejo acordó transmitir al Director General de la OMS a fin de que lo pudiera tomar en cuenta en la preparación del presupuesto de dicha Organización para 1962. También tomó nota del anteproyecto de programa y presupuesto de la OPS para 1962 y encomendó al Director que, al preparar su proyecto de programa y presupuesto para dicho año y al efectuar consultas con los Gobiernos acerca de él, preste la debida consideración a las recomendaciones y observaciones formuladas por varias delegaciones.

Después de examinar el informe presentado sobre los edificios e instalaciones para la Sede, el Consejo reiteró su profundo agradecimiento al Gobierno de los Estados Unidos de América por las medidas que ha adoptado respecto a la donación del terreno destinado a la construcción del edificio de la Sede de la Organización Panamericana de la Salud; autorizó al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a aceptar, en nombre de la Organización, el título de propiedad del terreno donado; aprobó las propuestas del Subcomité de Edificios y Obras relativas a la construcción y financiamiento del nuevo edificio de la Sede, y autorizó al Comité Ejecutivo para actuar en nombre de la Organización en lo referente a la construcción del edificio y para que a su vez delegue esta facultad en el Subcomité Permanente de Edificios y Obras.

El Consejo examinó también el informe del Subcomité sobre Documentos Básicos de la OPS, tomó nota del mismo, expresó su agradecimiento a los miembros del Subcomité por la labor que están realizando y encomendó al Comité Ejecutivo la presentación de un nuevo informe sobre las actividades del mencionado Subcomité a la XIII Reunión del Consejo Directivo.

Como parte de sus actividades, el Consejo dedicó un día a las Discusiones Técnicas sobre el tema "Aspectos técnicos, administrativos, legales y financieros de la disposición de basuras y desechos". El Representante de Chile fue elegido Director de debates; un asesor de la Delegación de Cuba fue designado Relator, y el Jefe del Departamento

de Saneamiento del Medio, de la Oficina, desempeñó las funciones de Secretario Técnico. Los consultores especiales designados por el Director de la OSP a tal efecto prepararon la exposición preliminar de estas Discusiones Técnicas. Además, los Representantes de Cuba, El Salvador y Venezuela presentaron, en el curso de los debates, varios trabajos sobre la disposición de basuras y desechos en sus respectivos países. Finalmente, el Director de debates presentó en sesión plenaria del Consejo el informe sobre las Discusiones Técnicas, en el que se resumieron los diferentes puntos de vista expresados por los participantes. El Consejo expresó su satisfacción por el desarrollo de las discusiones, recomendó a los Ministerios de Salud Pública que tomen iniciativas para fomentar y fortalecer sistemas adecuados de disposición de basuras en sus respectivos países, así como que dediquen más atención a la dotación de personal debidamente adiestrado para la dirección y funcionamiento de tales servicios; y encomendó a la OSP que preste asesoría técnica sobre disposición de basuras, así como toda la ayuda posible, dentro de las limitaciones presupuestarias, a los Gobiernos que soliciten colaboración para programas sobre esta materia.

El Consejo seleccionó el tema "Métodos de evaluación de los aportes de los programas de salud al desarrollo económico" para las Discusiones Técnicas que se celebrarán durante la XIII Reunión de este Cuerpo Directivo.

El Consejo Directivo aprobó por unanimidad el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo, presentado por el Representante del Brasil y Presidente de la 39ª y 40ª Reuniones, y le felicitó, junto con los miembros del Comité, por la labor cumplida. El informe describía las actividades llevadas a cabo por dicho Cuerpo Directivo entre septiembre de 1959 y agosto de 1960, dando cuenta de los asuntos tratados y las resoluciones adoptadas durante dicho período.

Al elegir a los Gobiernos de la Argentina y Chile para cubrir las vacantes creadas en el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de México y Venezuela, el Consejo expresó su agradecimiento a los Gobiernos de estos dos últimos países por los servicios prestados por sus Representantes en el Comité a la Organización. Además de los dos países elegidos en la XII Reunión del Consejo, actualmente integran el Comité los siguientes: Brasil, Colombia, El Salvador, Estados Unidos de América y Honduras.

Comité Ejecutivo

La 40ª Reunión del Comité Ejecutivo tuvo lugar en Washington, D.C., del 25 al 29 de abril. La 41ª y 42ª Reuniones se llevaron a cabo en La Habana, Cuba; la primera de ellas el 12 y 17 de agosto y la última el día 26 del mismo mes.

El Representante del Brasil presidió la 40ª Reunión del Comité y el Representante de Colombia desempeñó las funciones de Vicepresidente. Asistieron, además, los Representantes de El Salvador, Estados Unidos de América, Honduras, México y Venezuela, así como Observadores de Cuba, Chile, Francia, Guatemala, Reino de los Países Bajos y de la Organización de los Estados Americanos.

El Comité estudió detenidamente el proyecto de programa y presupuesto para 1961, preparado por el Director, y resolvió someterlo a la consideración de la XII Reunión del Consejo Directivo, junto con el informe que contenía las observaciones y recomendaciones formuladas por el Comité. También recomendó al Consejo que fijara el nivel presupuestario para 1961 en la cantidad de $4,800,000.

El programa de la reunión comprendía una serie de asuntos importantes de carácter técnico, financiero y administrativo, a los cuales se hace referencia en las correspondientes secciones de este informe. Entre ellos figuraban la descentralización de las actividades de la OSP a las Oficinas de Zona, la posibilidad de establecer un "Registro de áreas de malaria erradicada" en la Oficina Sanitaria Panamericana y la cesión temporal de funcionarios de los servicios nacionales de salud y otros organismos a la OPS y la OMS.

La 41ª Reunión del Comité fue presidida por el Representante de Colombia. Además, asistieron los Representantes de El Salvador, Estados Unidos de América, Honduras, México y Venezuela, habiendo estado ausente el Representante del Brasil. También asistieron Observadores de Cuba, Ecuador, Reino de los Países Bajos y Reino Unido. En esta reunión se estudiaron varios asuntos que habían de someterse a la XII Reunión del Consejo Directivo; con respecto a la descentralización de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana, el Comité encomendó al Director que prosiguiera el estudio emprendido sobre este asunto, a fin de poder presentar un informe, lo más completo posible, a la consideración de la 43ª Reunión del Comité, y que pusiera en práctica aquellas medidas que en el curso del estudio aparecieran como de aplicación lógica.

En su 42ª Reunión, el Comité Ejecutivo eligió Presidente al Representante de los Estados Unidos de América, y Vicepresidente al Representante de Colombia. Igualmente participaron en la reunión los Representantes del Brasil, Chile, El Salvador y Honduras. El Representante de la Argentina estuvo ausente.

En substitución de México y Venezuela, se designó a la Argentina y Chile para formar parte del Subcomité Permanente de Edificios y Obras.

Asimismo, se designó a El Salvador como miembro del Subcomité sobre Documentos Básicos de la OPS, en substitución de México.

Otras reuniones y conferencias

Las reuniones internacionales de 1960, convocadas por la OSP/OMS o celebradas con su colaboración, así como las reuniones a las que había sido invitada oficialmente la Organización, se anunciaron con regularidad en el *Calendario mensual de reuniones internacionales*, que ahora se publica

mensualmente en el *Boletín* de la OSP. Los Cuadros 40 y 41 contienen una relación resumida de estas reuniones.

Además de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización, el Departamento de Conferencias y Publicaciones prestó colaboración a las reuniones que se indican a continuación.

La Segunda Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomielitis (6–10 de junio de 1960, Washington, D.C.), celebrada bajo los auspicios de la OPS/OMS con la generosa cooperación de la Fundación "Sister Elizabeth Kenny", permitió reunir a 85 distinguidos científicos procedentes de 20 naciones y les ofreció la oportunidad para evaluar los nuevos datos reunidos sobre el empleo del virus poliomielítico vivo atenuado como agente inmunizante contra la poliomielitis. Los trabajos presentados en esta reunión, así como los debates celebrados, aparecieron en agosto de 1960 en la Publicación Científica de la OPS No. 50. Asimismo se tradujeron al español y se publicaron en el *Boletín* de la OSP varios de estos trabajos, a fin de darlos a conocer a los especialistas de salud pública en la América Latina. La Universidad de Georgetown ofreció generosamente los locales para la celebración de la reunión y colaboró con la OSP en la organización de algunos servicios de secretaría.

Como en años anteriores, la Oficina colaboró en la celebración de la Reunión Anual del Consejo del INCAP (XI Reunión, 8–10 de agosto de 1960, Panamá, República de Panamá). Todos los países miembros del Instituto estuvieron representados en esta reunión, en la que se estudiaron diversos asuntos financieros y presupuestarios, así como las actividades técnicas del INCAP, y se aprobó el programa de trabajo para 1961. Se preparó el informe final, que contenía las decisiones del Consejo y un resumen de los debates, para su aprobación en la sesión de clausura.

Otras reuniones en las que colaboró la OSP fueron la XVIII Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad (4–8 de abril de 1960, Hermosillo, Sonora, México) y la VIII Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria de Centro América, Panamá y México (San Salvador, El Salvador, 16–21 de mayo de 1960). También se hicieron preparativos especiales en la Sede de Washington para la reunión del Grupo de Estudio sobre la Enfermedad de Chagas (7–11 de marzo de 1960), y la III Reunión del Comité Asesor sobre Erradicación de la Malaria (14–16 de marzo de 1960).

CUADRO 40. REUNIONES INTERNACIONALES CONVOCADAS POR LA OSP/OMS O CELEBRADAS CON SU COLABORACIÓN

Grupo de Estudio sobre la Enfermedad de Chagas. Washington, D.C., 7–11 de marzo
III Reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Erradicación de la Malaria. Washington, D.C., 14–16 de marzo
XVIII Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad. Hermosillo, Sonora, México, 4–8 de abril
40ª Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS. Washington, D.C., 25–29 de abril
VIII Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria de Centro América, Panamá y México. San Salvador, El Salvador, 16–21 de mayo
Segunda Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomielitis. Washington, D.C., 6–10 de junio
Tercera Reunión del Comité de Expertos de la OMS en Poliomielitis. Washington, D.C., 13–16 de junio
Seminario sobre educación en nutrición. Quitandinha, Petrópolis, Brasil, 15–24 de junio
Primera Reunión del Comité Asesor de la OPS en Estadística. Washington, D.C., 20–21 de junio
Segunda Conferencia Internacional Antiaftosa. Maracay, Venezuela, 20–24 de junio
Seminario sobre la contaminación de las fuentes de abastecimiento de agua. Río de Janeiro, 11–18 de julio, y São Paulo, Brasil, 19–23 de julio
XI Reunión del Consejo del INCAP. Ciudad de Panamá, Panamá, 8–10 de agosto
41ª Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS. La Habana, Cuba, 12 y 17 de agosto
XII Reunión del Consejo Directivo de la OPS. La Habana, Cuba, 14–26 de agosto
42ª Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS. La Habana, Cuba, 26 de agosto
Conferencia sobre malnutrición y hábitos de alimentación. Cuernavaca, México, 9–14 de septiembre
Seminario sobre tarifas de agua. Montevideo, Uruguay, 26 de septiembre-1° de octubre
Seminario de Directoras de Escuelas de Enfermería. Paracas, Perú, 3–19 de noviembre
Seminario sobre administración y organización de los servicios de salud pública en Centro América y Panamá. San José, Costa Rica, 14–25 de noviembre
Seminario Latinoamericano sobre Alcoholismo. Viña del Mar, Chile, 21–26 de noviembre

CUADRO 41. LISTA SELECCIONADA DE REUNIONES INTERNACIONALES O NACIONALES A LAS QUE FUE INVITADA LA OSP EN 1960

25ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS. Ginebra, Suiza, 19 de enero–1° de febrero

VI Congreso Panamericano de Oftalmología. Caracas, Venezuela, 31 de enero-7 de febrero

Primera Reunión de la Asamblea de Gobernadores del Banco Interamericano de Desarrollo. San Salvador, El Salvador, 3–10 de febrero

Reunión sobre el aprovechamiento de los recursos de agua subterránea, Naciones Unidas, Nueva York, N.Y., 15–20 de febrero

Conferencia Internacional sobre Influenza Asiática. Institutos Nacionales de Higiene, Bethesda, Maryland, 17–19 de febrero

IX Reunión del Comité Interamericano de Seguridad Social. México, D.F., México, 24–26 de marzo

Decimocuarto período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Buenos Aires, Argentina, 28 de marzo-14 de abril

67° Congreso Internacional sobre la Salud. Torquay, Devon, Inglaterra, 25–29 de abril

Reunión Internacional de la FAO sobre Educación Veterinaria. Londres, Inglaterra, 25–30 de abril

Segunda Reunión de la Comisión Especial de Expertos para el estudio de las necesidades financieras que plantea la ejecución de planes de reforma agraria. Washington, D.C., 25–30 de abril

Congreso de la Asociación Médica Panamericana. México, D.F., México, 2–11 de mayo

Novena Reunión de la Comisión Permanente sobre Fiebre Aftosa. París, Francia, 3–5 de mayo

13ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 3–20 de mayo

28ª Reunión General del Comité de la Oficina Internacional de Epizootias. París, Francia, 9–14 de mayo

VIII Congreso Panamericano de Carreteras. Bogotá, Colombia, 20–29 de mayo

Reunión de Asesores Regionales en Malaria. Ginebra, Suiza, 30 de mayo-4 de junio

Seminario interamericano sobre el fortalecimiento de la institución familiar. Caracas, Venezuela, 11–18 de junio

2ª Reunión de la Comisión Interamericana de Energía Nuclear. Petrópolis, Brasil, 11–15 de julio

VIII Reunión del Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria (OIRSA). San Salvador, El Salvador, 18–21 de julio

Tercer simposio interamericano sobre la aplicación de la energía nuclear para fines pacíficos. Petrópolis, Brasil, 18–23 de julio

Conferencia Internacional sobre Deficiencia Mental. Londres, Inglaterra, 24–31 de julio

XIII Congreso Internacional de Medicina del Trabajo. Nueva York, N.Y., 25–29 de julio

Quinta Conferencia Internacional de Poliomielitis. Copenhague, Dinamarca, 26–28 de julio

Quinta Conferencia Interamericana de Agricultura. México, D.F., México, 8–20 de agosto

Sexta Conferencia Regional de la FAO para América Latina. México, D.F., 8–20 de agosto

VI Congreso Interamericano de Cardiología. Río de Janeiro, Brasil, 14–20 de agosto

III Congreso Internacional de Medicina Física. Washington, D.C., 21–26 de agosto

Octavo Congreso Mundial de la Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados. Nueva York, N.Y., 28 de agosto-2 de septiembre

V Congreso Internacional de Nutrición. Washington, D.C., 1–7 de septiembre.

Tercera Conferencia de la Asociación Internacional de Universidades. México, D.F., México, 6–12 de septiembre

Conferencia norteamericana sobre las repercusiones sociales de la industrialización y los cambios tecnológicos. Chicago, Illinois, 15–22 de septiembre

Primer Congreso Panamericano de Biología y Patología Experimental. Caracas, Venezuela, 24 de septiembre-1° de octubre

Conferencia sobre la erradicación del *Aëdes aegypti.* Pensacola, Florida, 27–28 de septiembre

VII Congreso de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria. Montevideo, Uruguay, 2–8 de octubre

Reunión de los Representantes de Instituciones Científicas Latinoamericanas. Caracas, Venezuela, 3–7 de octubre

26ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS. Ginebra, Suiza, 25 de octubre-4 de noviembre

Quinto Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica. Santiago, Chile, 12–19 de noviembre

Comité Técnico de la OMS sobre Quimioterapia. Ginebra, Suiza, 14–19 de noviembre

Segunda Conferencia de Facultades Latinoamericanas de Medicina. Montevideo, Uruguay, 28 de noviembre-2 de diciembre

Reunión del Grupo de Expertos del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) sobre la eliminación de desechos radiactivos en aguas dulces. Viena, Austria, 28 de noviembre-2 de diciembre

Primer Seminario Regional sobre Cooperativas de Vivienda. Guampaní, Perú, 30 de noviembre-7 de diciembre

I Congreso Mexicano de Salud Pública. México, D.F., México, 4–9 de diciembre

IV Congreso Latinoamericano sobre Salud Mental. Santiago, Chile, 4–10 de diciembre

Reunión del Grupo de Expertos de las NU/UNESCO sobre los aspectos sociales del desarrollo económico de América Latina. México, D.F., México, 12–21 de diciembre

OFICINAS DE ZONA Y DE CAMPO

Oficina de Campo de El Paso

La Oficina de Campo de El Paso ayuda a coordinar las actividades de salud pública en la frontera entre los Estados Unidos y México; en 1960 se agregaron dos puestos—uno de ingeniero sanitario y otro de veterinario de salud pública—al personal existente, que se componía de un oficial médico, un oficial administrativo y dos taquimecanógrafas.

El Jefe de la Oficina de Campo de El Paso es secretario permanente de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad, que celebró su XVIII Reunión Anual, del 4 al 8 de abril, en Hermosillo, Sonora, México. Entre los que asistieron a dicha Reunión para estudiar los problemas de salud pública a lo largo de la frontera común a ambos países, figuraron el Secretario de Salubridad y Asistencia de México, el Cirujano General de los Estados Unidos de América y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Durante el año, se prestó atención especial al control de la rabia, a la tuberculosis, a la información epidemiológica y al control de enfermedades venéreas. Las actividades de control de la rabia se concentraron en los sectores de Mexicali-Caléxico, Brownsville-Matamoros y El Paso-Juárez. En este último sector se estableció un Comité de Control de la Tuberculosis.

El veterinario de salud pública visitó los mataderos de Hermosillo y Nogales, Estado de Sonora, y presentó sus recomendaciones a las autoridades sanitarias locales. De ese modo pudo contribuir a que se lograse una mejor higiene de la carne. El ingeniero sanitario prestó asistencia para establecer abastecimientos de agua y sistemas de recogida y eliminación de basuras.

En cuanto a educación y adiestramiento, 11 becarios de la OPS/OMS y 4 de la ICA recibieron adiestramiento en diversos aspectos de saneamiento del medio; se celebró en El Paso, del 19 al 26 de septiembre, el curso de adiestramiento en el control de vectores, para la Zona Fronteriza Mexicano-Estadounidense, y se colaboró en la adquisición de medios audiovisuales para complementar los programas ordinarios.

Zona I

La Zona I comprende Venezuela, los Territorios Británicos y Departamentos de Francia en las Américas, Surinam y las Antillas Neerlandesas. La Oficina de Zona está en Caracas, Venezuela.

En 1960, prosiguieron las actividades de erradicación de la malaria en las áreas maláricas de la Zona I. Quedaron terminadas las operaciones de rociamiento en Granada, Jamaica y regiones costeras de Surinam. Una vez terminados los trabajos de rociamiento, se iniciaron los programas de vigilancia que comprendían la búsqueda intensiva de casos y la educación en materia de epidemiología. El número de casos notificados fue disminuyendo de modo constante en la mayoría de las áreas. Continuaron funcionando en la Zona I los dos centros de adiestramiento de personal de erradicación de la malaria. El Centro de Adiestramiento en Erradicación de la Malaria, de Kingston, patrocinado conjuntamente por Jamaica y la OSP/OMS, facilitó instrucción en lengua inglesa a personal procedente de fuera de las Américas, y la Escuela de la División de Malariología, de Maracay, Aragua, mantenida por el Gobierno de Venezuela, facilitó adiestramiento a técnicos de otros países latinoamericanos.

En 1960, se realizaron importantes progresos en los programas de erradicación de la frambesia y control de las enfermedades venéreas en el Area del Caribe. Se establecieron planes para la erradicación de la frambesia en la Guayana Británica, con cuyo objeto se ha solicitado la colaboración internacional, y para un control más eficaz de las enfermedades venéreas en otros países. Se uniformaron las técnicas de los laboratorios locales, adoptando los laboratorios del área la prueba VDRL como prueba estándar para el diagnóstico de la sífilis.

Se facilitaron servicios de asesoramiento sobre problemas relativos a abastecimiento de agua en Venezuela, y sobre problemas generales de saneamiento en diversas islas del Caribe.

Los trabajos de los consultores en enfermería de salud pública, nutrición y estadísticas de salud que fueron nombrados últimamente dieron por resultado un mayor conocimiento de los problemas existentes en estos campos y permitieron establecer planes para mejorar y ampliar las actividades de los programas en la Zona.

Durante el año, se concedieron becas para estudios especializados a 61 trabajadores de salud pública procedentes de países de la Zona.

En diciembre de 1960, constituían el personal 59 emplea-

dos, de los cuales 16 correspondían a la Oficina de Zona y 43 al personal de los proyectos.

Zona II

La Oficina de la Zona II se halla situada en la capital de México y sus servicios se extienden a dicho país, Cuba, Haití y la República Dominicana.

La Oficina de Zona participó en la ejecución de 49 proyectos nacionales y 13 proyectos interpaíses, y con arreglo a ellos proporcionó servicios de asesoramiento técnico relativos a malaria, frambesia, *Aëdes aegypti*, erradicación de la viruela, tuberculosis, lepra, control de la rabia y laboratorios de salud pública. Fueron objeto de especial atención los proyectos integrados de salud pública y, entre ellos, los programas de saneamiento encaminados a establecer o mejorar los abastecimientos de agua a las colectividades.

Se proporcionó asimismo asesoramiento técnico para establecer departamentos de medicina preventiva en cuatro escuelas de medicina del Estado de Guanajuato, México, y se continuó la colaboración con otras escuelas de medicina y las de salud pública, enfermería, ingeniería sanitaria y medicina veterinaria. La Escuela Nacional de Enfermería recientemente establecida en Cuba comenzó sus tareas con una matrícula inicial de 104 alumnas, cada una de las cuales tenía 11 años de escolaridad por lo menos. Fueron organizados o patrocinados por la Organización diversos seminarios, mesas redondas y cursillos. Además, se otorgaron 75 becas en la Zona.

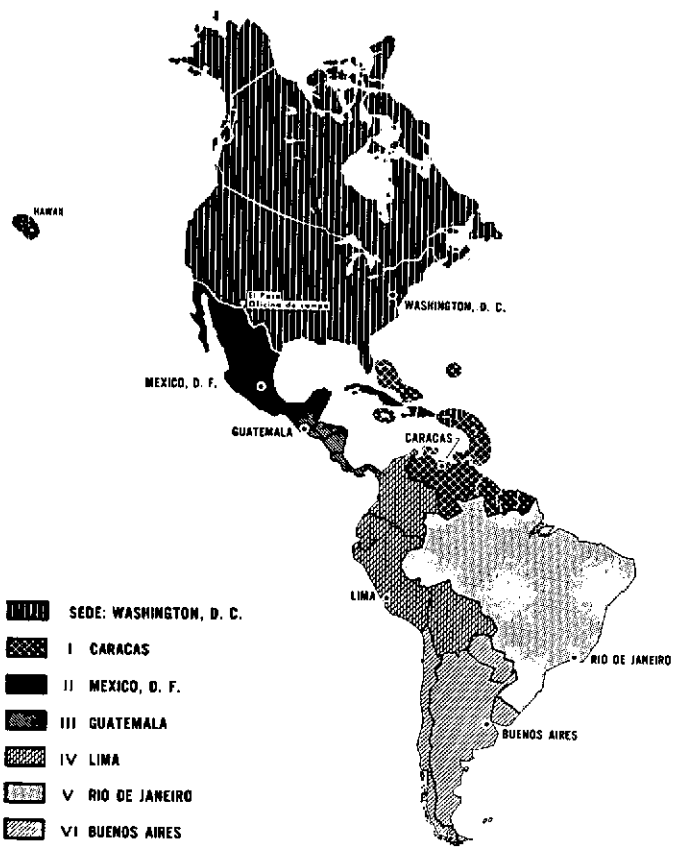


Fig. 23. Zonas y Oficinas de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Al I Congreso Mexicano de Salud Pública, celebrado del 4 al 9 de diciembre en la ciudad de México, asistieron el Director General de la OMS y el Director de la OSP. Durante este Congreso quedó constituida la Asociación Mexicano-Guatemalteca de Salud Pública.

A fines de año, había 63 empleados prestando sus servicios en la Zona, 19 en México, D. F., y 44 asignados a las actividades de campo de los proyectos.

Zona III

La Oficina de la Zona III, con sede en la Ciudad de Guatemala, tiene a su cargo el desarrollo de los programas en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Belice.

Mediante 18 proyectos en los países y 10 proyectos interpaíses, la Oficina de Zona continuó colaborando en el mejoramiento y expansión de los servicios de salud pública, en particular los de saneamiento, educación profesional y adiestramiento, así como los de control y erradicación de las enfermedades transmisibles. En 1960, se prestó atención especial a las siguientes actividades: erradicación de la malaria, vacunación por vía oral contra la poliomielitis, administración de salud pública, higiene dental, nutrición, abastecimiento de agua, educación médica y servicios de laboratorio. En el campo del saneamiento del medio, se concedió prioridad al financiamiento, construcción y mantenimiento de sistemas de abastecimiento de agua, incluso el mejoramiento de los métodos para utilizar los recursos técnicos y económicos, de carácter internacional, de que se dispone. Costa Rica, único país de la Zona en que existía *Aëdes aegypti* a principios de año, declaró que se hallaba libre del vector.

La Oficina continuó estimulando el establecimiento, reorganización y perfeccionamiento de los servicios epidemiológicos y laboratorios de salud pública nacionales, y la adopción de códigos sanitarios modernos.

Prosiguió la colaboración con el INCAP. La mezcla vegetal INCAPARINA, desarrollada por el Instituto, se estaba produciendo a fines de año en dos países de la Zona.

En materia de educación y adiestramiento, la Oficina de Zona colaboró con las escuelas de enfermería, medicina, medicina veterinaria, ingeniería y odontología. También cooperó en la organización de cursillos para el adiestramiento de médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio, inspectores sanitarios, auxiliares de enfermería y matronas. Durante el año se otorgaron 55 becas en la Zona.

El 31 de diciembre había 78 miembros del personal prestando servicio en la Zona: 21 en la Ciudad de Guatemala, y 57 en las actividades de campo. En estas cifras no está comprendido el personal del INCAP.

Zona IV

La Oficina de la Zona IV, que presta servicio a Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, tiene su sede en Lima.

Los esfuerzos de la Organización para el fomento de abastecimientos de agua potable han sido recibidos con gran satisfacción en los países de la Zona.

Entre las principales actividades desarrolladas en 1960 figuraron las de erradicación de la malaria y del *Aëdes aegypti*, y de control de la lepra, tuberculosis y peste. A fines de diciembre, Colombia, único país de la Zona que seguía teniendo *A. aegypti* a principios de año, estaba a punto de declarar que se hallaba libre del vector.

Durante el año, Bolivia y Colombia reorganizaron sus respectivos Ministerios de Salud Pública.

Se prestaron servicios de asesoramiento técnico a Ecuador y Perú, en relación con sus Institutos Nacionales de Nutrición, así como al Instituto Samper Martínez, de Colombia, para la organización de un laboratorio de virus.

En 1960 se inició un proyecto, de estadísticas de salud, que comprende los distintos países de la Zona.

Con respecto a las actividades de educación y adiestramiento, la Oficina de Zona concentró sus esfuerzos en la enseñanza de enfermería básica y la organización de escuelas de enfermería.

El 31 de diciembre había 17 funcionarios en Lima y 59 asignados a las actividades de los proyectos.

Zona V

Los servicios consultivos que la Organización presta al Brasil están a cargo de la Oficina de la Zona V, con sede en Río de Janeiro.

En cinco de los seis Estados comprendidos en el Area III (Nordeste) comenzó la fase de rociamiento de casas del programa de erradicación de la malaria; en el Area I (Amazonas) el programa continuó mediante el empleo de sal cloroquinada y en el Area V se terminó el reconocimiento geográfico.

A principios de 1960 se inició asimismo un programa, en gran escala, de erradicación de la malaria en el Estado de São Paulo. En el primer ciclo se rociaron 451,497 casas. El segundo ciclo comenzó en septiembre.

Se prestó colaboración para mejorar los servicios locales de salud pública de la región del Nordeste y Mato Grosso.

El veterinario de la Zona cooperó con la Escuela Nacional de Salud Pública en el desarrollo de un nuevo curso para veterinarios y actuó también como profesor, a tiempo parcial, de la Escuela. También se facilitó asistencia en la preparación de cursos al Departamento de Parasitología de la Facultad de Higiene de la Universidad de São Paulo.

Una encuesta realizada en los Estados del Nordeste del Brasil reveló que la rabia constituye un grave problema tanto en el hombre como en los animales. Solamente en Recife, 793 personas estaban sometidas en el mes de octubre a tratamiento antirrábico. La rabia transmitida por murciélagos representa asimismo un serio problema en el Nordeste. Por medio de la OSP/OMS se facilitaron suministros y equipo al nuevo Laboratorio Antirrábico del Instituto Oswaldo Cruz.

El primer nombramiento de una enfermera de salud pública asignada a la Oficina de Zona, permitió realizar progresos substanciales en el estudio de los recursos y necesidades en materia de enfermería; en el establecimiento de relaciones con las dirigentes nacionales de esta profesión y en la prestación de ayuda a las escuelas para la expansión de sus medios docentes. Con objeto de reunir datos para la Encuesta sobre las Escuelas de Enfermería en América se envió un cuestionario a 39 escuelas que fue devuelto por todas ellas debidamente completado. Se efectuaron visitas a varias escuelas de enfermería y a nueve escuelas de adiestramiento de auxiliares de enfermería. También se llevaron a cabo estudios sobre la Escuela de Enfermería de Recife y sobre el curso de obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, con el objeto de ampliar y mejorar el plan de estudios.

En 1960 se otorgaron becas a 24 personas de los países de la Zona V para realizar estudios en el extranjero, y cursaron estudios en el Brasil 95 becarios procedentes de otros países.

A fines de año el personal de la Zona ascendía a 125 funcionarios, de los cuales 12 prestaban servicio en la Oficina de Zona, 10 en los proyectos de campo y 103 en el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa.

Zona VI

La Oficina de la Zona VI se halla en Buenos Aires y presta servicio a la Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

Las actividades desarrolladas en 1960 se encaminaron al fortalecimiento de los servicios de salud pública, el adiestramiento de personal profesional y auxiliar de salud pública, y el desarrollo de programas de erradicación y control de enfermedades transmisibles. Se prestó especial atención a las campañas de erradicación de la viruela, de la malaria y del *A. aegypti*, así como de control de la lepra. A fines de año, Chile se disponía a efectuar la verificación final para declarar al país libre de *A. aegypti*. También se concedió particular atención al fomento del programa de abastecimiento de agua y de eliminación de basuras.

En el campo de las estadísticas vitales y de salud, prosiguió la labor encaminada a mejorar las oficinas de estadís-

tica, establecer sistemas y métodos de trabajo, coordinar los recursos de que se dispone y adiestrar estadísticos.

Se prestó colaboración inmediata a las autoridades de salud pública de Chile, después de los terremotos del mes de mayo, así como en la elaboración de planes para la reconstrucción de la zona devastada.

Las actividades de educación y adiestramiento se encaminaron a mejorar las escuelas de medicina, de ingeniería sanitaria y de enfermería; a intensificar los cursos locales de adiestramiento—se dieron 28 cursos con 723 participantes—y a la celebración de seminarios sobre administración de hospitales. Se otorgaron 139 becas en la Zona.

El 31 de diciembre, los 79 miembros del personal que prestaban servicio en la Zona estaban asignados como sigue: 16 a la Oficina de Buenos Aires, 32 a los proyectos de campo y 31 al Centro Panamericano de Zoonosis.

APENDICE

Lista de proyectos

La lista de proyectos presenta, por orden alfabético, un breve resumen de la labor realizada durante el año en cada país, y describe las actividades correspondientes a los proyectos interpaíses e interzonas.

Al final de cada resumen, a la izquierda, figura la fuente de fondos, y, en caso de que haya cooperado algún organismo, aparece, a la derecha, la indicación oportuna.

Además de los proyectos enumerados, la Organización proporcionó servicios de asesoramiento a varios proyectos desarrollados con fondos que no procedían de la OPS/OMS.

Las becas concedidas que se enumeran en el Apéndice corresponden al período del 1º de enero al 31 de diciembre de 1960 y, debido a que abarca un período distinto, los datos no coinciden con los que figuran en el capítulo y en los cuadros sobre becas.

Siglas utilizadas en el Apéndice

CNEP	Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo (México)
CREFAL	Centro Regional de Educación Fundamental para la América Latina
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FEK	Fundación "Sister Elizabeth Kenny"
FK	Fundación W. K. Kellogg
ICA	Administración de Cooperación Internacional (EUA)
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INH	Institutos Nacionales de Higiene (EUA)
INOS	Instituto Nacional de Obras Sanitarias (Venezuela)
NU	Naciones Unidas
NU/OAT	Oficina de Operaciones de Asistencia Técnica (Naciones Unidas)
OEA	Organización de los Estados Americanos
OEA/PCT	Programa de Cooperación Técnica de la OEA
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMS/AT	Asistencia Técnica de la OMS
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OPS/FAPA	Fondo de la OPS para Abastecimiento Público de Agua
OPS/FEM	Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria
SCISP	Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública
SESP	Fundación del Servicio Especial de Salud Pública (Brasil)
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UP	Unión Panamericana
USPHS	Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América

ANTILLAS Y GUAYANA FRANCESAS-2—Erradicación del *Aëdes aegypti*

El *A. aegypti*, que había sido erradicado de la Guayana Francesa, reapareció en 1959 en varias localidades de la región noroeste. Esas zonas fueron tratadas y actualmente son negativas. El progreso sigue siendo lento en Martinica y Guadalupe. Los resultados negativos en San Martín no han ido seguidos aún por la encuesta de verificación.
(*OMS/AT*)

ANTILLAS Y GUAYANA FRANCESAS-3—Administración de salud pública—Becas

Higiene maternoinfantil: una beca de tres meses para estudiar en el Brasil.
(*OPS*)

ANTILLAS Y GUAYANA FRANCESAS-5—Administración de salud pública—Becas

Administración de hospitales: una beca de nueve meses y medio para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OMS*)

ARGENTINA-3—Enseñanza de enfermería (Buenos Aires, Córdoba y El Chaco)

En el mes de abril ingresaron 20 estudiantes en la Escuela de Enfermería de Córdoba, y se graduaron cuatro en diciembre de 1960. Regresaron dos becarias que cursaron estudios en el extranjero, y la instructora de enfermería obstétrica se trasladó a Colombia, en el mes de febrero, para estudiar durante 12 meses en dicho país.

Se clausuró temporalmente la Escuela de Resistencia, El Chaco, y 12 de sus estudiantes, así como dos instructoras, pasaron a la Escuela de Córdoba, mientras que las demás alumnas fueron trasladadas a la de Rosario. Ambos grupos de estudiantes, después de que se gradúen, volverán, junto con las dos instructoras, a El Chaco para abrir nuevamente la Escuela de Resistencia y dedicarse allí a la enseñanza; mientras tanto, las instalaciones de la escuela se utilizan para adiestramiento de personal auxiliar.

En noviembre comenzó la colaboración con la Escuela de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires. Esta nueva escuela empezó su primer año con 10 estudiantes matriculadas.
(*OMS/AT*)

ARGENTINA-4—Instituto Nacional de Microbiología

Se proporcionaron servicios de asesoramiento técnico y se adjudicaron dos becas de seis meses.
(*OMS*)

ARGENTINA-6—Administración de salud pública—Becas

Administración de salud pública: una beca de dos meses para estudiar en Chile, Colombia y Puerto Rico, y dos becas de 10 meses cada una para estudiar en Chile.

Administración de hospitales: una beca de 10 meses para estudiar en Chile.

Ingeniería sanitaria: una beca de 11 meses y medio para estudiar en el Brasil.

Enseñanza de enfermería: una beca de 12 meses para estudiar en Costa Rica.
(*OMS*)

ARGENTINA-7—Servicios de salud pública

A fines de año quedó casi completada la descentralización de los servicios del nivel nacional al provincial.

El acuerdo relativo a la ampliación de las redes de distribución de agua de la ciudad de Resistencia, capital de la Provincia de El Chaco, fue firmado por las autoridades de la ciudad, del Ministerio de Salud Pública y del servicio de Obras Sanitarias de la Nación. Prosiguió el programa de construcción de pequeños sistemas de abastecimiento de agua. Las 95 unidades instaladas suministrarán agua para 15,000 personas. Continuó también la instalación de letrinas, y al terminar el año había 1,600 unidades en uso. En 1960 se utilizó satisfactoriamente el relleno sanitario para la eliminación de basuras en Resistencia. Entre las actividades de higiene de los alimentos figuró la encuesta sobre graneros, establos y mataderos.

Se dio en el mismo año el tercer curso para la preparación de inspectores sanitarios, y comenzó en el mes de junio el primer curso de adiestramiento de auxiliares de enfermería. Se realizan los trámites para obtener que el Congreso de la Provincia de El Chaco apruebe el Código Sanitario.
(*OMS/AT*) (*UNICEF*)

ARGENTINA-8—Erradicación de la malaria

En el mes de julio terminó el primer año de la fase de ataque en las zonas que siguen siendo maláricas. Grandes áreas del país se encontraban ya en la fase de consolidación. La transmisión ha quedado interrumpida en Tucumán y Misiones, desde el último brote ocurrido en 1958–1959. Fueron rociadas 88,000 casas, quedando protegidas 332,000 personas. Unos focos dispersos en el sur de Salta y Jujuy ocasionaron 269 casos notificados en los 10 meses primeros de 1960. Hubo también dos zonas de transmisión activa, una en la parte septentrional de Salta y la otra en El Chaco y Formosa. En estas dos regiones se registraron 614 y 871 casos, respectivamente. En nueve meses de 1960, se obtuvieron, en las operaciones de vigilancia, 62,298 láminas de sangre, 635 de las cuales resultaron positivas; los

colaboradores voluntarios prepararon 5,239 láminas de sangre, 1,063 de ellas positivas. Entre los problemas especiales con que se enfrenta el país figuran los campamentos temporales de trabajadores forestales y petroleros (ahora la ley requiere la notificación de los traslados de personal de estos campamentos), las extensas áreas que las fuertes lluvias hacen inaccesibles durante una parte del año, y la reinvasión periódica de *A. darlingi* en las estaciones favorables. En el curso del año se adjudicaron dos becas de dos meses y medio, y otras dos de tres meses y una semana, todas ellas para estudiar en México.
(*OPS/FEM*) (*UNICEF*)

ARGENTINA-13—Administración de salud pública —Becas

Higiene maternoinfantil: una beca de 10 meses para estudiar en Chile.

Administración de salud pública: una beca de 10 meses para estudiar en el Brasil; otra de 10 meses para estudiar en Chile, y otra de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.

Educación sanitaria: una beca de 12 meses para estudiar en Chile.

Enseñanza de enfermería: una beca de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.

Estadísticas de salud: una beca de un mes para estudiar en Chile.
(*OPS*)

ARGENTINA-17—Escuela de Salud Pública

Se asignaron a la escuela dos consultores a corto plazo, uno en higiene maternoinfantil y otro en epidemiología. Otro consultor a corto plazo visitó la escuela y formuló sugerencias en relación con su organización y administración.
(*OMS*)

ARGENTINA-18—Enseñanza de la medicina

Un consultor a corto plazo colaboró en la reorganización del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, en Mendoza.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Organización de la enseñanza médica, con atención especial a la bacteriología; una beca de 12 meses para cursar estudios en los Estados Unidos de América.
(*OMS*)

ARGENTINA-20—Control de la tuberculosis

Se adiestró a personal en las técnicas de encuestas sobre la prevalencia de la tuberculosis, así como en el control de esta enfermedad. En el último trimestre de 1960, este personal de salud pública inició una encuesta para determinar la prevalencia y otras características de la tuberculosis en las regiones del nordeste y de la Patagonia.
(*OMS*) (*UNICEF*)

ARGENTINA-23—Enseñanza de enfermería (Rosario)

La Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Litoral tenía una matrícula de 37 estudiantes (32 mujeres y 5 varones) y, además de la Directora y de la Subdirectora, contaba con siete profesores empleados a tiempo completo. Dos de las instructoras se encontraban estudiando en el extranjero con una beca. Las dos consultoras internacionales concentraron sus actividades en el adiestramiento del profesorado durante el servicio, el planeamiento de los estudios y el mejoramiento de los servicios utilizados para la enseñanza práctica. Se prosiguieron las gestiones para trasladar a la Escuela de la Universidad el curso de adiestramiento de personal auxiliar, que actualmente funciona como una escuela aparte, bajo las autoridades universitarias.
(*OPS*)

ARGENTINA-24—Planeamiento y organización de servicios hospitalarios

El consultor continuó colaborando con el Ministerio nacional así como con los Ministerios Provinciales de Salud Pública en relación con el mejoramiento de los servicios de hospitales, inclusive los registros médicos y las estadísticas de hospitales. En las Provincias de Buenos Aires, El Chaco, Córdoba, Misiones, Mendoza, San Juan y Tucumán proseguía la reorganización de sus respectivos servicios hospitalarios. También se prestó colaboración a las Universidades de Buenos Aires y Córdoba en el planeamiento y construcción de sus respectivos hospitales clínicos. Igualmente se colaboró en la preparación y celebración de tres seminarios sobre administración de hospitales, que tuvieron lugar en La Plata, Bahía Blanca y San Juan, respectivamente.
(*OPS*)

ARGENTINA-25—Adiestramiento de personal de enfermería

Este proyecto, que se inició en septiembre de 1960, tiene por objeto la formación de instructoras y supervisoras del personal auxiliar de enfermería. El centro principal de adiestramiento se encuentra en la Escuela Nacional de Salud Pública, pero se tiene el proyecto de establecer centros de adiestramiento de personal auxiliar en todas

las escuelas de enfermería adscritas a universidades. El centro principal establecerá las normas y coordinará las actividades de las demás escuelas.
(*OPS*) (*UNICEF*)

ARGENTINA-26—Instituto Nacional de Rehabilitación

Rehabilitación: una beca de seis meses para cursar estudios en los Estados Unidos de América y en el Brasil.
(*OPS*) (*FEK*)

ARGENTINA-28—Control de la lepra

Un miembro del personal y un consultor de la Organización colaboraron en el planeamiento de un programa de control de la lepra, cuya ejecución comenzó en el último trimestre de 1960.
(*OMS*) (*UNICEF*)

ARGENTINA-29—Fomento de sistemas públicos de abastecimiento de agua

Saneamiento del medio: dos becas de dos meses y medio cada una para estudiar el funcionamiento de sistemas de abastecimiento de agua en el Perú, Colombia, Guatemala, México, Estados Unidos de América, Puerto Rico y Venezuela; y una de tres meses y medio para estudiar, en los Estados Unidos de América, el aprovechamiento de las aguas subterráneas.
(*OPS/FAPA*)

ARGENTINA-32—Estadísticas de salud (Provincia de Buenos Aires)

Se proporcionaron servicios consultivos sobre el uso de los nuevos certificados de nacimiento, de defunción, de defunción fetal, y de matrimonio. Se utilizará esta zona como área de demostración para adiestramiento práctico en estadísticas vitales.
(*OPS*)

ARGENTINA-51—Erradicación del *Aëdes aegypti*

Se efectuaron encuestas en 375 localidades y se hicieron trabajos de verificación en 21 de ellas, las cuales se hallaron libres del vector. Entre las 2,894 localidades inspeccionadas desde que se inició la campaña, se encontró que había 162 infestadas de *A. aegypti*, 156 de las cuales se considera ahora que se encuentran libres del vector.
(*OPS*)

BELICE-1—Erradicación de la malaria

En junio de 1960 se completó el tercer año de cobertura total. Desde que se empleó el DDT, se aplicaron dos ciclos completos habiéndose observado una notable reducción en el número de casos de malaria. Los casos por *falciparum* descendieron de 200 en mayo de 1959 a ninguno en octubre de 1960; en el período junio-octubre sólo hubo 9 casos. Se observa ahora que muchos casos por *vivax* son recaídas; siempre que se estudiaron nuevos casos, se encontró que vivían en casas no rociadas o parcialmente rociadas. Las pruebas de susceptibilidad no revelaron resistencia al DDT. Mediante una brigada suplementaria se intensificaron los esfuerzos por lograr la cobertura total. Se rociaron 18,014 casas (sólo quedaron sin rociar 224 casas rociables). Se proporcionó protección a 91,000 personas. En el tercer ciclo, que terminó en mayo, se utilizaron 17,600 libras de DDT, y 18,200 en el cuarto. En el período que terminó en octubre, se mantuvo el porcentaje de láminas tomadas (1 % de la población por mes); las positivas disminuyeron de 37 (4.4 %) en enero a 2 en octubre, 9 en noviembre y ninguna en diciembre. El Gobierno empezó a pagar dos dólares a todos los colaboradores voluntarios que obtuvieran una lámina positiva, lo cual estimuló mucho sus esfuerzos.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Erradicación de la malaria: una de tres meses y tres semanas para estudios en Jamaica y México.
(*OPS/FEM*) (*UNICEF*)

BELICE-5—Servicios de salud pública

Con arreglo a este proyecto se concedieron las siguientes becas: Servicios de laboratorio con especial atención a bacteriología: una de 12 meses para estudiar en el Canadá.

Enfermería de salud pública: una de 12 meses para estudiar en Colombia y Guatemala.
(*OMS*) (*UNICEF*)

BOLIVIA-4—Erradicación de la malaria

Terminó el segundo de los cuatro años proyectados de cobertura total. Se intensificaron las operaciones epidemiológicas, y se implantó una serie de cambios administrativos con el objeto de fortalecer el servicio.

En agosto de 1960 quedaron terminados el cuarto ciclo de rociamiento con DDT y el segundo con dieldrín. El quinto ciclo de DDT cubrirá toda la zona malárica. No se observó resistencia de ninguna especie de anofelinos en 47 pruebas efectuadas en Bolivia. En el cuarto ciclo de DDT se rociaron 142,000 casas, y 12,255 fueron tratadas con dieldrín. Se aplicó el tratamiento al 96.2 % de las casas rociables; las casas restantes se encontraban cerradas o bien sus ocupantes se negaron a que fueran rociadas. Se aplicaron 97,000 libras de DDT y 3,220 libras de dieldrín. Quedaron protegidos 673,810 habitantes.

Las actividades de evaluación se llevaron a cabo por

30 trabajadores y 1,462 puestos de notificación, que en seis meses obtuvieron 43,538 láminas de sangre, abarcando al 6.5% de los habitantes directamente protegidos. Las tasas de positividad en los ciclos tercero y cuarto fueron de 1.1% y de 1.4%, o sea una tercera parte aproximadamente de las correspondientes al segundo ciclo.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Erradicación de la malaria: tres de seis meses para estudiar en Venezuela y México, y cuatro de dos meses y medio para estudiar en México.

Entomología médica: una de cuatro meses y medio para estudiar en el Brasil.

(*OPS/FEM, OMS/AT*) (*UNICEF, ICA*)

BOLIVIA-5—Enseñanza de enfermería

Se designó, mediante concurso nacional, directora de la Escuela Nacional de Enfermería a una enfermera y fueron nombradas tres nuevas instructoras, con sueldos más en armonía con los del personal de enfermería de otras instituciones. Se iniciaron las negociaciones encaminadas a adscribir la escuela a la universidad a través de la Facultad de Medicina, medida que habría de contribuir a consolidar los resultados obtenidos hasta la fecha. El número de alumnas en 1960 ascendió a 58, y el de solicitantes para ingresar en la escuela fue de 50, aunque sólo 25 pueden ser admitidas.

(*OMS*)

BOLIVIA-10—Servicios de salud pública

La nueva estructura orgánica del Ministerio de Salud Pública empezó a funcionar con la creación de un servicio nacional de salud y de un departamento de enfermería.

Como parte de este proyecto se adjudicaron las siguientes becas:

Administración de salud pública: una de cuatro meses para estudiar en Chile, Perú, Guatemala, Puerto Rico y Venezuela.

Saneamiento del medio: tres de un mes cada una para estudiar en Colombia y Perú.

(*OPS*) (*UNICEF, ICA*)

BOLIVIA-11—Misión conjunta para poblaciones indígenas

El oficial médico facilitó colaboración técnica a este programa en los cuatro centros de salud y en la preparación de un nuevo plan de suministros y equipo que se presentará al UNICEF. Se preparó un programa de saneamiento del medio para el área, y se iniciaron las actividades de adiestramiento del personal voluntario local de salud pública.

(*OMS/AT*) (*OIT, UNESCO, NU, FAO*)

BOLIVIA-12—Control de la lepra

Un consultor efectuó una visita de dos meses al país, durante la cual cooperó con las autoridades de salud pública en un estudio del problema de la lepra y el planeamiento de un programa de control de la enfermedad.

(*OPS*)

BOLIVIA-15—Fomento de sistemas públicos de abastecimiento de agua

Se facilitó colaboración para el adiestramiento de perforadores de pozos y el estudio de las tarifas de agua.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Saneamiento del medio, con atención especial a la ingeniería sanitaria: una beca de tres meses y medio para estudiar en los Estados Unidos de América.

(*OPS/FAPA*)

BOLIVIA-16—Administración de salud pública—Becas

Educación sanitaria: dos becas de 12 meses cada una para estudiar en Chile.

Veterinaria de salud pública: una beca de 10 meses para estudiar en Chile.

(*OMS*)

BRASIL-3—Servicios de salud pública (Nordeste)

Este proyecto, bajo la supervisión directa de personal técnico del SESP, funciona en 22 municipalidades mediante los servicios facilitados por 23 unidades de salud, dos hospitales de distrito y nueve centros de maternidad. Miembros del personal de la Oficina de la Zona V prestaron servicios de asesoramiento técnico.

(*OMS*) (*UNICEF*)

BRASIL-7—Nutrición

En el mes de diciembre se celebró un seminario al que asistieron representantes de todos los grupos profesionales interesados en los servicios de la colectividad en el Estado de Río Grande do Norte. En esta reunión fueron examinados los métodos de coordinación y las normas básicas en materia de nutrición.

(*OMS*) (*UNICEF, FAO*)

BRASIL-8—Servicios de laboratorio nacional de virus

Se proporcionaron servicios consultivos en materia de planeamiento, selección de equipo y materiales y provisión

de cepas y reactivos para el laboratorio de virus del Instituto Oswaldo Cruz. A fines de año ya estaba funcionando el laboratorio.
(*OMS/AT*)

BRASIL-24—Erradicación de la malaria

La iniciación de la fase de ataque, que se había proyectado para principios de 1960, tuvo que ser aplazada por falta de fondos. Comenzó el programa en el sector nordeste del Brasil, pero el plan originalmente proyectado se retrasó varias veces. En el primer semestre fueron rociados totalmente tres Estados, protegiéndose directamente 4,685 localidades con 1,015,381 personas. En estas operaciones se emplearon 250,000 libras de DDT. En el segundo semestre, el programa se extendió a cinco Estados, 423,446 casas y 1,470,227 habitantes. En el curso del año se fue introduciendo progresivamente la sal cloroquinada en el valle del Amazonas. La falta de fondos no permitió hacer una evaluación epidemiológica de los resultados de estos programas, pero se han adoptado medidas con objeto de formar un grupo especial de estudio para medir los efectos del programa de sal cloroquinada. La búsqueda activa de casos en seis Estados dio lugar al examen de 34,756 láminas en 10 meses; se encontró que 2,828 de ellas eran positivas (8.1 %), principalmente de *vivax*.

Como parte de este proyecto se adjudicaron las siguientes becas:

Erradicación de la malaria: una de seis meses para estudiar en Venezuela y México, y tres de dos meses y medio cada una para estudiar en México.
(*OPS/FEM*) (*ICA*)

BRASIL-28—Administración de salud pública—Becas

Nutrición: una beca de tres meses para estudiar en Guatemala y México.

Rehabilitación: una de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.

Organización de la enseñanza médica: una de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OPS*)

BRASIL-31—Centro de adiestramiento en rehabilitación

El oficial médico asignado al Instituto de Rehabilitación de la Universidad de São Paulo colaboró en el adiestramiento de personal especializado en rehabilitación médica. Los cursos iniciados en 1960 comprendieron un tercer curso para terapeutas físicos (11 estudiantes), un tercer curso de ergoterapia (8 estudiantes), y un segundo para técnicos de prótesis (2 estudiantes). Estos cursos duran dos años.

El consultor colaboró también con el profesorado de las facultades de medicina de Bahía, Recife, Belo Horizonte, Curitiba y Porto Alegre.
(*OMS/AT*) (*OIT, NU/OAT*)

BRASIL-33—Curso de adiestramiento de técnicos de laboratorio

Un consultor colaboró en la organización de un curso y en la preparación de un manual de adiestramiento así como en la realización de un curso de adiestramiento práctico para 20 técnicos de laboratorios nacionales y estatales. Se facilitaron también medios auxiliares de enseñanza para este primer curso oficial de técnicos de laboratorio en el Brasil.
(*OPS*)

BRASIL-35—Escuela de Salud Pública (São Paulo)

Se facilitaron servicios consultivos a la Escuela de Higiene y Salud Pública y se colaboró directamente con la Unidad de Salud de Araraquara, que sirve también de centro de adiestramiento práctico bajo la dirección de la Universidad de São Paulo. Se facilitaron además suministros y equipo y una subvención para atender los gastos administrativos ocasionados a la Escuela por los becarios de la OPS/OMS.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Enseñanza de salud pública: una de cuatro meses y tres semanas para estudios en los Estados Unidos de América.

Enseñanza de salud pública, con especial atención a la veterinaria de salud pública: una de un mes para estudiar en Argentina y Chile, y una de tres meses para estudios en los Estados Unidos de América.
(*OMS*)

BRASIL-37—Enseñanza de higiene dental

El asesor regional en higiene dental siguió prestando asesoramiento y colaboración al Centro de Adiestramiento en Higiene Dental de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo. Se celebró un curso intensivo de nueve semanas de orientación en odontología de salud pública, al cual asistieron 16 clínicos que trabajan en distintas localidades.
(*OPS*) (*FK*)

BRASIL-38—Erradicación de la viruela

A principios del año se firmó un nuevo acuerdo. El Estado aportó fondos para terminar la construcción e instalación del laboratorio de Pernambuco. Se efectuó el

traslado del laboratorio de producción de vacuna de Río Grande do Sul a su nuevo local, comenzando a producir vacuna liofilizada en embrión de pollo.
(*OPS*)

BRASIL-39—Servicios de salud pública

Comenzó el adiestramiento de auxiliares de saneamiento y enfermería y también se emprendió un curso para matronas. El centro de salud de Dourados, base del proyecto, fue ampliado, y se mejoraron los servicios que presta a la colectividad.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca: Administración de salud pública: una de 10 meses para estudios en Chile.
(*OPS*) (*UNICEF*)

BRASIL-41—Erradicación de la malaria (São Paulo)

Se completó el primer ciclo de DDT y el segundo empezó en septiembre de 1960 para el rociamiento de 475,121 casas, de las cuales 340,681 se trataron en el primer trimestre del año, utilizando 300,000 libras de DDT. El 40 % de los 1,900 puestos activos produjeron unas 3,500 láminas por mes, con un promedio de positividad de 22.5 %. La búsqueda activa produjo unas 11,500 láminas por mes, con un 1.6 % de positivas.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Erradicación de la malaria: una de un mes para estudios en México, Venezuela y Colombia, y tres de cinco meses cada una para estudiar en México, Guatemala y Perú.
(*OPS/FEM*) (*ICA*)

BRASIL-42—Control de la rabia

El veterinario de salud pública asignado a la Oficina de la Zona V facilitó asesoramiento técnico para el programa de control de la rabia. Se proporcionaron también suministros técnicos especiales y se concedieron dos becas a corto plazo. Se prepararon los planes preliminares para establecer un instituto nacional antirrábico.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Control de la rabia: una de tres meses y una semana para estudios en Venezuela, México, Guatemala, Perú, Chile y Argentina.
(*OMS*)

BRASIL-43—Enseñanza de la odontología preventiva

Se facilitaron servicios de asesoramiento a dos escuelas seleccionadas para revisar sus métodos de enseñanza de odontología preventiva, así como para incorporarla a su programa ordinario de enseñanza.
(*OPS*)

BRASIL-44—Enseñanza de salud pública en las escuelas de medicina veterinaria

El asesor en veterinaria de salud pública asignado a la Oficina de Zona colaboró con la Escuela Nacional de Salud Pública de Río de Janeiro y con la Universidad de São Paulo en la preparación de sus cursos de salud pública para veterinarios y en la revisión de sus planes de estudios a fin de incluir en ellos más enseñanzas de salud pública y medicina preventiva y dando mayor importancia a los correspondientes principios. También se dictaron conferencias y se facilitaron servicios de enseñanza a tiempo parcial.
(*OPS*)

BRASIL-48—Control de la lepra

Un miembro del personal de la OSP/OMS colaboró en la preparación de un programa nacional de control de la lepra destinado a modificar y ampliar el programa anterior del Gobierno en este campo. En diciembre se asignó un consultor a breve plazo al Instituto de Leprología de Río de Janeiro a fin de que llevara a cabo un estudio de sus actividades de investigación. Después de dos meses de permanencia en el país, presentará recomendaciones que serán transmitidas al Gobierno.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Bacteriología: una beca de tres meses para estudiar en el Reino Unido, Italia y Francia.
(*OMS*) (*UNICEF*)

BRASIL-50—Seminario sobre la contaminación de las fuentes de abastecimiento de agua

Se facilitaron al Gobierno los servicios de tres consultores para colaborar en la presentación de trabajos y en las discusiones del seminario sobre contaminación de corrientes de agua que se celebró en Río de Janeiro y São Paulo.
(*OPS*)

BRASIL-51—Laboratorio de fiebre amarilla

La Organización siguió colaborando con el Instituto Oswaldo Cruz, que atendió gratuitamente 170 solicitudes de vacuna y servicios de diagnóstico de otros países americanos. En 1960, el Instituto preparó 4,667,200 dosis de vacuna antiamarílica y, por medio de la Organización, se suministraron las siguientes cantidades: a Portugal, 40,000 dosis; a Venezuela, 300,000 dosis, y a Bolivia,

50,000 dosis. En el Brasil se emplearon 2,574,400 dosis. A fin de año, las existencias se elevaban a 3,594,200 dosis. (*OPS*)

BRASIL-55—Control de la tuberculosis

Como base para la preparación de un proyecto de control de la tuberculosis en Río Grande do Norte, se completaron los planes para un estudio sobre la prevalencia de la enfermedad.

(*OMS*) (*UNICEF*)

CANADA-1—Administración de salud pública—Becas

Educación sanitaria: una beca de tres meses y una semana para estudiar en los Estados Unidos de América, México, Guatemala y Perú.

Organización de la enseñanza de salud pública: una beca de cuatro meses y una semana para estudiar en el Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Noruega, India, Ceilán, Japón y la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.

Odontología de salud pública: una beca de 11 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.

(*OMS*)

COLOMBIA-4—Servicios de salud pública

Se completó el plan para la reorganización del Ministerio de Salud Pública con los servicios de asesoramiento técnico facilitados por consultores de la OSP/OMS. De acuerdo con este plan se establece una División de Saneamiento del Medio que tendrá a su cargo las actividades de ingeniería sanitaria, higiene del trabajo y saneamiento general, inclusive la higiene de la leche y de los demás alimentos.

Entre la labor realizada merece mencionarse el informe preparado por el Departamento de Ingeniería Sanitaria del Ministerio para extender el proyecto a seis departamentos del país. Con esta ampliación se proyecta llevar a cabo un programa general y completo de saneamiento y adiestramiento. Entre las actividades de adiestramiento realizadas en el año figuró un curso de enfermería de salud pública, en que se dedicó especial atención a la higiene maternoinfantil. Se ofrecieron además cursos para inspectores sanitarios y un cursillo para administradores y demás personal de los nueve talleres que, como parte del proyecto, tuvieron en 1960 una producción de 4,400 losas para la construcción de letrinas.

Las actividades en el campo de la higiene de los alimentos comprendieron la inspección y el mejoramiento de los mataderos y la organización de varios cursos de adiestramiento de manipuladores de alimentos. El ingeniero sanitario de la OSP/OMS asignado al proyecto, colaboró también con las autoridades de salud pública del país en la ejecución del programa nacional de abastecimiento de agua.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Epidemiología: una de 10 meses para estudiar en Chile.

Ingeniería sanitaria: una de 10 meses y medio para estudiar en México, y otra de 10 meses para estudiar en Chile.

Administración de salud pública: una de 10 meses y medio para estudiar en México, y otra de 10 meses para estudiar en Chile.

Administración de salud pública, con especial atención a la estadística: una de 15 meses para estudiar en Chile.

Administración de salud pública, con atención especial a la tuberculosis: una de 10 meses y medio para estudiar en México.

Administración de salud pública, con atención especial a la ingeniería sanitaria: una de 10 meses para estudiar en Chile.

Administración de salud pública, con atención especial a la higiene maternoinfantil: una de 10 meses para estudiar en Chile.

Administración de hospitales: una de 16 meses para estudiar en Chile.

(*OMS/AT*) (*UNICEF, ICA*)

COLOMBIA-5—Erradicación de la malaria

Quedaron terminados en el curso del año los ciclos tercero y cuarto de rociamiento con DDT, habiendo sido rociadas un promedio de 1,180,000 casas y protegidas unas 6,350,800 personas (el 4.6% de las casas no fueron rociadas). Se emplearon 2,045,300 libras de DDT. Los vectores siguieron siendo susceptibles al DDT, y, en su mayoría, al dieldrín. La resistencia de las chinches al DDT contribuyó, según se dijo, a que algunas familias se opusieran al rociamiento con ese producto. Se reorganizaron los puestos de información y se volvió a proporcionar adiestramiento al personal para los puestos de inspectores. Se asignó un epidemiólogo a cada una de las 10 zonas. La rápida expansión de los puestos de notificación (300–400 puestos nuevos al mes) ha fortalecido el servicio de evaluación. De las 7,170 láminas examinadas en julio, 217 (3.0%) resultaron positivas; en el mismo mes, 300 inspectores rurales obtuvieron 45,200 láminas, de las que 679 (1.5%) fueron positivas. Uno de los problemas que, si bien hasta ahora se limita a muy pocos casos, en el futuro puede adquirir gravedad, es la aparición de malaria por *P. falciparum*, a la que, según se ha visto, sólo afecta la cloroquina ligeramente. Este tipo de la enfermedad presenta una gran tolerancia o bien una resistencia moderada a la droga, y ahora es objeto de intensos estudios en Colombia y en los Estados Unidos de América.

Como parte de este programa se concedieron las siguientes becas:

Erradicación de la malaria: una de cuatro meses y medio para estudiar en México y Venezuela; cuatro de cuatro meses y medio cada una para estudiar en México; dos de tres meses y una semana cada una para estudiar en el Brasil y el Perú; dos de tres meses y una semana cada una para estudiar en el Brasil y en Bolivia; ocho de tres meses y una semana cada una para estudiar en México, y dos de seis meses cada una para estudiar en Venezuela y en México.

Entomología médica: dos becas de cuatro meses y medio cada una para estudiar en el Brasil.

(OPS/FEM) *(UNICEF, ICA)*

COLOMBIA-17—Erradicación de la viruela

Hasta octubre de 1960 habían sido vacunadas 9,500,143 personas, y quedaba todavía por hacer la vacunación en ocho departamentos con una población de 1,323,559 habitantes. Se ha organizado un cuidadoso servicio de notificación de casos, y se trabaja para que los servicios ordinarios de salud pública se encarguen de mantener el nivel de inmunidad obtenido en los lugares donde ya ha sido vacunada la población. El Instituto Samper Martínez continuó produciendo vacuna desecada en cantidad suficiente para atender las necesidades del país. Se proporcionaron los servicios de un consultor a tiempo completo así como de otro con carácter temporal, a fin de que colaboraran con el Gobierno en el desarrollo de este programa.

(OPS) *(UNICEF)*

COLOMBIA-18—Administración de salud pública—Becas

Administración de hospitales: una beca de 13 meses para estudiar en el Brasil.

Administración de salud pública: una de 15 meses para estudiar en Chile.

(OMS)

COLOMBIA-19—Control de la lepra

Un consultor de la OSP/OMS, especializado en lepra, colaboró con el Gobierno en el desarrollo de un plan de operaciones relativo a la reorganización y ampliación de los servicios existentes. Este plan fue sometido a la consideración del UNICEF.

(OMS/AT) *(UNICEF)*

COLOMBIA-21—Administración de salud pública—Becas

Higiene del trabajo: una beca de seis meses para estudiar en el Perú, y una de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.

Ingeniería sanitaria: una de dos meses para estudiar en los Estados Unidos de América.

Administración de salud pública: una de 10 meses y medio para estudiar en México.

(OPS)

COLOMBIA-22—Erradicación del *A. aegypti*

Verificaciones recientes confirman la erradicación del *A. aegypti* en Colombia. Desde el comienzo de la campaña hasta diciembre de 1960, se inspeccionaron 3,801 localidades; las 354 localidades que inicialmente se encontró que eran positivas, ahora han dado ya resultado negativo.

(OMS/AT)

COLOMBIA-24—Escuela de Salud Pública

El profesor de microbiología asignado a este proyecto por la OSP/OMS en 1959 continuó colaborando en las actividades docentes y de investigaciones de la Escuela. Asimismo participó en la labor de dar enseñanza a los estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

(OMS)

COLOMBIA-25—Fomento de sistemas públicos de abastecimiento de agua

Se facilitaron los servicios de un consultor a tiempo completo para colaborar con el Gobierno en el estudio de sistemas públicos de abastecimiento de agua en Cúcuta, Tunja y Pamplona. Un consultor visitante facilitó servicios de asesoramiento técnico sobre el financiamiento de sistemas de abastecimiento de agua y sobre ciertos problemas técnicos de interés nacional. También se proporcionó asistencia para adiestrar personal en perforación de pozos y aprovechamiento de aguas subterráneas, así como en tarifas de agua y administración de sistemas de abastecimiento de agua.

(OPS/FAPA)

COLOMBIA-52—Fiebre amarilla (Instituto Carlos Finlay)

Prosiguieron durante 1960 los estudios sobre el terreno en San Vicente de Chucurí, Santander. Hasta diciembre, se habían aislado 22 cepas de virus procedentes de mosquitos. Hasta el 31 de octubre se habían preparado en el Instituto 493,940 dosis de vacuna antiamarílica, de las cuales se enviaron 294,680 a los siguientes países y territorios: Aruba, 750; Cuba, 5,000; Chile, 2,200; Curazao, 1,050; Ecuador, 10,000; Guayana Británica, 6,060; Jamaica, 500; México, 62,000; Panamá, 3,300; Perú, 80,510, y Venezuela, 123,310. Las vacunaciones adminis-

tradas en Colombia en el mismo período ascendieron a 110,003.
(OPS)

COSTA RICA-2—Erradicación de la malaria

Con el tercer año de cobertura total, que se completó en 1960, quedaron terminados los ciclos quinto y sexto de rociamiento con DDT. Los vectores continuaron siendo susceptibles a los dos insecticidas. Se utilizaron 185,000 libras de DDT. Las casas rociadas ascendieron a 72,174, lo que representa un aumento del 15% sobre el primer ciclo. Se han construido muchas casas, y han sido reformadas otras antiguas. Un total de 393,560 personas quedaron directa o indirectamente protegidas. Se intensificaron las actividades epidemiológicas mediante un laboratorio de campo y un grupo de evaluadores. Se examinaron 66,721 láminas, cifra que corresponde al 17.4% de los residentes en la zona malárica. Resultaron positivas 1,980 de las láminas, o sea, el 3%, lo que representa una reducción del 19% en comparación con el año anterior. De las láminas positivas, sólo 103 procedían de la parte del Atlántico (5.4% del total). Incluso en la parte del Pacífico se experimentó una notable mejoría, si bien la evaluación no fue muy completa y sólo un 28% aproximadamente de los puestos prepararon láminas todos los meses. En la parte del Pacífico se efectuó un estudio especial sobre la causa de la persistencia de la transmisión, y en él se puso de manifiesto que la falta de rociamiento de las casas nuevas constituía el factor más importante. También se consideraron como posibles factores las picaduras de mosquito fuera de la casas y la migración de trabajadores.
(OPS/FEM) *(UNICEF)*

COSTA RICA-14—Ampliación de los servicios locales de salud pública

Con arreglo a este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Enseñanza de enfermería: una de 12 meses para estudiar en Puerto Rico, y otra de tres meses para estudios en el Uruguay y en Chile.

Rehabilitación: una de seis meses para estudiar en Puerto Rico.
(OPS)

COSTA RICA-16—Administración de salud pública —Becas

Epidemiología: una beca de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.
(OMS/AT)

COSTA RICA-18—Enseñanza superior de enfermería

La consultora internacional llegó en octubre. Una vez informada directamente de los servicios, personal y medios docentes en materia de enfermería disponibles en el país, se establecieron los planes preliminares para iniciar un programa de enseñanza superior con un curso para enfermeras anestesistas, dada la apremiante necesidad de disponer de algún personal de esta clase.
(OPS)

COSTA RICA-21—Nutrición

Se prestó colaboración para preparar un programa de nutrición.
(OMS) *(UNICEF, FAO)*

COSTA RICA-22—Fomento de sistemas públicos de abastecimiento de agua

El Gobierno ha tenido en estudio la creación de un organismo nacional encargado de los abastecimientos de agua, y un consultor le prestó su colaboración para preparar el correspondiente proyecto de ley.
(OPS/FAPA)

CUBA-1—Erradicación del *A. aegypti*

Prosiguió con gran actividad el programa de erradicación del *A. aegypti*, ya que la campaña cuenta actualmente con los recursos necesarios. De las 109 localidades que habían sido inspeccionadas para fines de diciembre, 90 resultaron infestadas; la verificación efectuada después del tratamiento en 68 de estas últimas localidades reveló que 32 eran todavía positivas. En varios distritos de La Habana, el mosquito viene mostrando menos susceptibilidad al DDT.
(OPS)

CUBA 3—Servicios de salud pública

Se completó el grupo de consultores y se firmó el plan de operaciones. El plan prevé una reorganización de dos servicios regionales de salud en la Provincia de Pinar del Río y de uno en cada una de las otras cinco provincias. La descentralización de servicios comenzó con actividades iniciales en Pinar del Río, donde un ingeniero sanitario asignado al proyecto en mayo trabajó en un estudio sanitario de la Provincia con el objeto de determinar los principales problemas de saneamiento y las necesidades presupuestarias para 1960 y 1961. Se trabajó también en una encuesta y preparación de un proyecto de abastecimiento de agua para la ciudad de Ovas y asimismo en relación con la recogida y eliminación de basuras en la

ciudad de Pinar del Río. También se prestó atención a la instalación de un taller sanitario y al depósito del equipo y materiales suministrados por UNICEF y el Gobierno. Durante el año se completó el primer curso de adiestramiento para inspectores sanitarios. Para el éxito del proyecto se consideran decisivas las becas de adiestramiento en el país y en el extranjero.
(*OMS/AT*) (*UNICEF*)

CUBA-4—Enseñanza de enfermería

Un consultor a corto plazo visitó Cuba en dos ocasiones, con un total de 13 semanas aproximadamente. Se obtuvieron notables progresos en la planeación de la nueva Escuela Nacional de Enfermería. Las 94 estudiantes que comenzaron su adiestramiento el 1° de octubre, tenían por lo menos 11 años de educación general. La Escuela está organizada con un sistema moderno, en marcado contraste con el adiestramiento de enfermeras en Cuba que hasta entonces se llevaba a cabo con arreglo a leyes aprobadas en 1904.
(*OMS*)

CUBA-5—Erradicación de la malaria

Se hicieron trabajos sobre la fase preparatoria pero, a causa de demoras, no comenzó el reconocimiento geográfico. En agosto se firmó con el Gobierno un nuevo acuerdo que prevé la iniciación del programa de erradicación en julio de 1961. Las actividades de organización prosiguieron en forma satisfactoria. En 1960 se establecieron 712 puestos de notificación, principalmente en dispensarios y muchos médicos de los servicios de salud se encargaron de la notificación de casos. En los primeros 10 meses, estos puestos obtuvieron 22,699 láminas, de las cuales 1,236 (5.5%) fueron positivas (84% por *vivax* y 16% por *falciparum*). Bajo la dirección de los cuatro malariólogos regionales se inició una búsqueda activa de casos febriles y una investigación de brotes. Los estudios de resistencia de vectores al insecticida en 16 municipios (19 localidades), revelaron susceptibilidad normal al DDT en todas las localidades pero resistencia al dieldrín en 8 de ellas. Se empleará DDT para la cobertura total en la Provincia de Oriente solamente, que empezará el 1° de julio. Las otras provincias quedarán bajo vigilancia, puesto que en ellas sólo se presentan casos esporádicos de malaria.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Erradicación de la malaria: una de seis meses para estudios en Venezuela y México; dos de dos meses y medio, dos de tres meses y una semana, y una de tres semanas, todas ellas para estudios en México.
(*OPS/FEM*)

CUBA-6—Administración de salud pública—Becas

Administración de salud pública: una beca de 11 meses para estudiar en el Brasil; dos de diez meses y medio, para estudiar en México, y otra de 12 meses para estudios en el Brasil y Puerto Rico.

Enfermería de salud pública: una beca de dos meses para estudios en Colombia.
(*OPS*)

CUBA-7—Administración de salud pública—Becas

Veterinaria de salud pública: una beca de 11 meses y medio para estudiar en el Brasil.

Administración de salud pública: dos de 10 meses y medio para estudiar en México.

Ingeniería sanitaria: una de 10 meses para estudiar en Chile.
(*OMS*)

CUBA-10—Fomento de sistemas públicos de abastecimiento de agua

Un consultor prestó servicios de asesoramiento a la Comisión Nacional de Acueductos y Alcantarillados y a los Ministerios de Salud Pública y Obras Públicas, con la misión específica de cooperar en la preparación de reglamentos y especificaciones técnicos para el diseño y construcción de sistemas de abastecimiento de agua. También se facilitó asesoramiento sobre el estudio y diseño de instalaciones de tratamiento de agua para los principales centros urbanos de Cuba.
(*OPS/FAPA*)

CUBA-11—Becas financiadas por el Gobierno de Cuba

Administración de salud pública: siete becas de tres meses para estudios en México, y una de dos meses para estudios en México y Guatemala. Estas becas fueron financiadas por el Gobierno de Cuba y administradas por la OSP/OMS.
(*Gobierno de Cuba*)

CHILE-18—Administración de salud pública—Becas

Enseñanza médica: una beca de tres meses para estudiar en los Estados Unidos de América.

Pediatría: una de 11 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.

Organización de la enseñanza médica: una de cinco meses para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OMS/AT*)

CHILE-19—Control de alimentos y drogas

Con arreglo a este proyecto se concedió la siguiente beca:

Control de preparaciones farmacéuticas: una de seis meses para estudiar en el Canadá y en los Estados Unidos de América.
(*OMS/AT*)

CHILE-20—Enseñanza de obstetricia

Se dedicó especial atención, en la Escuela de Obstetricia, a mejorar la coordinación entre la enseñanza teórica y práctica, así como a un programa de adiestramiento durante el servicio, dedicado a instructoras de obstetricia. Se terminó el informe sobre el estudio de las funciones de las matronas en el servicio de higiene maternoinfantil. Este estudio servirá de base para mejorar la Escuela de Obstetricia y para ampliar la preparación de matronas graduadas para las funciones que desempeñan en los servicios de salud. En la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile se dio un curso de repaso para enfermeras y matronas, y se revisó también el contenido del curso de enfermería obstétrica.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Obstetricia: tres, cada una de diez semanas, para estudiar en Colombia, Costa Rica y Jamaica.
(*OMS*)

CHILE-21—Centro de rehabilitación

A fines de año se proporcionaron los servicios de un consultor en prótesis para que colabore en las actividades de adiestramiento de técnicos locales.
(*OPS*)

CHILE-24—Erradicación de la malaria

Con arreglo a este proyecto se concedió la siguiente beca:

Erradicación de la malaria: una beca de seis meses para estudiar en Venezuela y en México.
(*OPS/FEM*)

CHILE-25—Administración de salud pública—Becas

Enseñanza de enfermería: una de tres meses para estudiar en los Estados Unidos de América, Guatemala, Brasil y Uruguay.
(*OMS*)

CHILE-26—Administración de salud pública—Becas

Enseñanza médica, con atención especial a la parasitología: una beca de 10 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OPS*)

CHILE-29—Enseñanza superior de enfermería

Después de hacer una evaluación del proyecto a fines de 1959, se decidió que el grupo nacional poseía preparación suficiente para llevar a cabo el programa; en consecuencia, terminaron los servicios de asesoramiento a tiempo completo. El informe final preparado por la asesora en enfermería fue presentado en marzo de 1960.

Una becaria se reincorporó a su puesto de instructora después de haber estudiado en los Estados Unidos de América, y otra salió para cursar estudios durante un año en el extranjero.
(*OMS*)

CHILE-31—Escuela de Salubridad

Un consultor a corto plazo colaboró en el programa de enseñanza de la escuela. Asimismo prestó asistencia técnica en los programas de enseñanza de medicina preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y de la Facultad de Medicina de Concepción.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Organización de la enseñanza de salud pública, con atención especial a la higiene maternoinfantil: una beca de cuatro meses para estudiar en los Estados Unidos de América, Inglaterra y Escocia.

Nutrición: una de un mes para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OMS*)

CHILE-36—Erradicación del *A. aegypti*

A principios de 1960, se efectuaron encuestas en 289 localidades, dos de las cuales resultaron positivas y fueron rociadas en el mes de febrero. La verificación final se ha proyectado para 1961.
(*OPS*)

CHILE-39—Adiestramiento en la utilización de isótopos radiactivos con fines médicos

La Fundación Kellogg concedió una subvención para prestar asesoramiento técnico y para la compra de equipo y suministros que se utilizarán en el adiestramiento de becarios internacionales en la utilización de isótopos radiactivos con fines médicos. El adiestramiento se ofrecerá

en el Hospital de El Salvador, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
(OPS)

CHILE-40—Fomento de sistemas públicos de abastecimiento de agua

Se proporcionaron durante siete meses los servicios de un consultor para que colaborara en el estudio del planeamiento nacional de las obras de abastecimiento de agua. Se consignaron asimismo créditos para adiestrar personal en el aprovechamiento de aguas subterráneas y el estudio de las tarifas de agua.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Saneamiento del medio, con atención especial a la ingeniería sanitaria: una beca de tres meses y medio para estudiar en los Estados Unidos de América.
(OPS/FAPA)

CHILE-41—Encuesta de enfermería

Se nombró directora de la encuesta a una enfermera nacional. Se establecieron los límites de la encuesta y se prepararon los cuestionarios para la misma. La mayor parte de los cuestionarios para el censo de enfermeras, auxiliares de enfermería y establecimientos de salud habían sido contestados ya para fines de diciembre.
(OMS)

CHILE-48—Servicios de salud (de emergencia)

Se facilitaron servicios de urgencia a las áreas afectadas por el terremoto ocurrido en el mes de mayo, con especial atención a la reconstrucción de hospitales y a la regionalización de los servicios dentro del país.
(OMS/AT) *(UNICEF)*

ECUADOR-4—Servicios de salud pública

Los consultores siguieron colaborando con las autoridades de salud en los niveles nacional y local; se procuró vencer las dificultades debidas a que la Dirección General de Sanidad se encuentra separada del Ministerio de Previsión Social, Trabajo, Sanidad e Higiene. La primera está en Guayaquil y el Ministerio en Quito.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Servicios de laboratorio: una beca de tres meses para estudios en México y Colombia.

Nutrición: dos de cuatro meses para estudios en Guatemala y México.

Administración de salud pública con especial atención a la lepra: una de 11 meses para estudiar en el Brasil.
(OMS) *(UNICEF)*

ECUADOR-14—Erradicación de la malaria

El tercer año de cobertura total quedó completado en marzo de 1960. Debido a la resistencia del vector principal, fue necesario revisar todo el programa, reemplazar el dieldrín por DDT y efectuar dos ciclos anuales. La disminución de rociamientos en casi todas las zonas desde abril a diciembre ocasionó un aumento de casos de malaria. Se firmó un nuevo acuerdo que confió la dirección y administración del programa al Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) y en la mayor parte del país se llevó a la práctica un programa de rociamiento de emergencia. En el tercer año se rociaron 378,377 casas, muchas de ellas dos veces. El 58% fueron rociadas con dieldrín antes de descubrirse resistencia en algunas zonas. Sólo el 1.2% se dejó sin rociar. En conjunto quedaron protegidos, directa o indirectamente, 2,219,144 habitantes. En el tercer año fue preciso rociar un 6% más de casas, principalmente a causa del movimiento de la población hacia nuevas zonas agrícolas, en las que era necesario mejorar la situación sanitaria. Se está procediendo a una ampliación de la red de notificación. En 10 meses se examinaron 101,000 láminas, de las cuales el 70% se obtuvieron por búsqueda pasiva de casos. Un total de 2,534 colaboradores voluntarios presentaron el 43% de todas las láminas; de ellas, el 9.4% fueron positivas en comparación con el 7.2% registrado en todo el servicio. La producción de láminas aumentó de 1959 a 1960, en parte gracias a la actividad de los colaboradores voluntarios.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Erradicación de la malaria: una de un mes para estudios en Guatemala, Honduras y México; cuatro de dos meses y medio cada una para estudiar en México; una de tres meses y una semana para estudios en México, y otra de seis meses para estudiar en Venezuela y México.

Erradicación de la malaria, con especial atención a la entomología médica: una de cuatro meses y medio para estudiar en el Brasil.
(OPS/FEM, OMS/AT) *(UNICEF, ICA)*

ECUADOR-16—Enseñanza de enfermería

En abril, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil graduó su primera promoción de 10 enfermeras que habían seguido el plan de estudios reorganizado. El número total de estudiantes, incluyendo en él las admitidas en 1960, es de 17; los profesores son siete. Desde que para el ingreso se exigió que las alumnas hubiesen terminado los estudios secundarios, las dos últimas promociones fueron bastante reducidas; pero se espera que el número de estudiantes aumente porque ahora hay más jóvenes interesadas en dedicarse a la enfermería. En 1960, las asesoras trabajaron en un programa de adiestramiento durante el servicio para el

profesorado y colaboraron en el mejoramiento de los diversos aspectos de práctica clínica.
(OMS)

ECUADOR-18—Control de la lepra

Un consultor visitó el país durante dos meses y colaboró con las autoridades de salud pública en el estudio del problema de la lepra y la planeación del programa de control.
(OPS)

ECUADOR-20—Erradicación de la viruela

El programa de erradicación de la viruela siguió desarrollándose en forma irregular. Desde su iniciación en 1958 hasta diciembre de 1960 se habían vacunado 1,355,140 personas. El número de vacunaciones administradas fue inferior al previsto, a causa de la falta de fondos para salarios, dietas y mantenimiento de los vehículos destinados al transporte del personal de la campaña. El Instituto Nacional de Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez" siguió produciendo vacuna desecada en cantidad suficiente para atender las necesidades del país.
(OPS)

ECUADOR-22—Misión conjunta para poblaciones indígenas

Se prestó colaboración para preparar el plan de actividades del proyecto.
(OMS) *(NU, OIT, FAO, UNESCO, UNICEF)*

ECUADOR-53[a]—Instituto Nacional de Nutrición

El Instituto ha procedido a la evaluación de las encuestas sobre el bocio endémico efectuadas en 1959. Se revisó la enseñanza de nutrición en las escuelas secundarias de Quito. Se llevó a cabo una investigación sobre la enseñanza de la nutrición en las escuelas de enfermería. Prosiguió el estudio de las curvas estándar de altura y peso de las personas de las zonas montañosa y costera.
(OMS/AT) *(FK)*

EL SALVADOR-2—Erradicación de la malaria

En 1958 se comenzó a reemplazar el dieldrín por el DDT, pero la cobertura fue irregular hasta que en agosto de 1959 se puso en vigor un plan revisado. Desde entonces se observó un progreso notable y constante hasta julio de 1960, fecha en que se produjo un incremento anormal de la población de mosquitos a causa de lluvias de excepcional intensidad. A pesar del tiempo adverso, las tasas de positividad fueron inferiores en cada uno de los meses de 1960 comparados con los mismos meses de 1959. El segundo año y cuarto ciclos de cobertura con DDT fueron completados en julio de 1960. Para el quinto ciclo se proyectaba el tratamiento de un total de 281,430 casas; de ellas, 196,180 fueron rociadas en un período de cuatro meses (que terminó el 26 de noviembre), habiendo fallado sólo una tasa del 0.2 %. En la zona a rociar viven 1,250,000 habitantes. Los 575 puestos de notificación obtuvieron más de 7,000 láminas al mes en el momento culminante de la estación malárica, con una positividad de 15–20 %, en comparación con 25–35 % en 1959. En noviembre de 1960, la tasa fue de 12.7 % de positivas. El grado de resistencia de los vectores al DDT varía mucho en la llanura costera del Pacífico, pero el rociamiento de paredes produjo suficiente mortalidad para continuar con DDT mientras no se descubran insecticidas más eficaces. Se cree que con el tiempo podrá erradicarse la malaria, pero será más difícil que en muchas otras zonas.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Erradicación de la malaria: dos de un mes: una para estudios en Guatemala y México, y otra para estudiar en México.
(OPS/FEM) *(UNICEF)*

EL SALVADOR-5—Zona de demostración sanitaria

Este proyecto quedó completado en 1960 después de más de una década de colaboración con el Gobierno. Durante el año, el ingeniero del proyecto dedicó la mayor parte de su tiempo a la evaluación del mismo y a la transferencia de las actividades, personal y equipo al programa ordinario de salud del país. Se planeó una reorganización de los servicios de ingeniería sanitaria; el ingeniero del proyecto colaboró también en la promoción de un programa nacional de abastecimiento de agua y participó en un curso complementario de adiestramiento de 10 meses para 16 inspectores sanitarios. La evaluación de las actividades de saneamiento de este proyecto confirmó su influencia y ventajas para el programa nacional. Catorce enfermeras terminaron un curso de nueve meses.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Veterinaria de salud pública: una beca de 11 meses y medio para estudiar en el Brasil.
(OMS/AT) *(OIT, FAO, UNESCO)*

[a] Subvenciones recibidas, en 1960, de:
E. I. du Pont de Nemours and Co.
Institutos Nacionales de Higiene (EUA)
Fondo Williams-Waterman
Fundación W. K. Kellogg

EL SALVADOR-9—Administración de salud pública—Becas

Administración de salud pública: una de dos meses y medio para estudios en México, Puerto Rico, Venezuela y Brasil.
(*OPS*)

EL SALVADOR-10—Planeamiento y organización de los servicios hospitalarios

Durante el año se comenzó un estudio de los recursos hospitalarios existentes, con el objeto de preparar un plan para la reorganización de los servicios en esta materia. Se estableció también un Comité Nacional de Servicios Hospitalarios.
(*OPS*)

ESTADOS UNIDOS-7—Administración de salud pública—Becas

Organización de la salud pública: una beca de dos meses para estudios en Taiwán, Filipinas, Vietnam, Tailandia, India y Nepal, y una de nueve semanas para estudios en Dinamarca, Reino Unido y Suiza.

Organización de la enseñanza de salud pública, con especial atención a las enfermedades infecciosas: una de 10 semanas para estudios en Panamá, Colombia, Chile, Brazil, Venezuela y Jamaica.

Entomología médica: una de tres meses para estudios en el Reino Unido, Italia, Israel, Uganda, República del Congo, Nigeria, Ghana y Liberia.

Higiene mental: una de tres meses para estudios en Dinamarca, Países Bajos, Alemania, Suiza y Reino Unido.
(*OMS*)

ESTADOS UNIDOS-10—Consultores en campos especializados de la salud pública

Se facilitaron servicios de asesoramiento por consultores sobre morbilidad y mortalidad a la División de Higiene del Trabajo de la Oficina Nacional de Estadísticas Vitales; al Servicio de Salud Pública, sobre programas relativos al cáncer, cardiopatías, contaminación del aire, protección contra las radiaciones ionizantes y problemas de salud de las personas de edad avanzada y ancianas; al Departamento de Salud del Estado de California, sobre programas relativos a enfermedades crónicas, y al Departamento de Salud del Estado de Virginia, sobre el desarrollo de análisis estadísticos y servicios de investigación.
(*OMS*)

ESTADOS UNIDOS-11—Administración pública—Becas

Enseñanza de salud pública, con especial atención a la administración de hospitales: una beca de tres meses y medio para estudios en el Japón, Taiwán, India, Irán y Egipto; y una de dos meses para estudios en el Brasil, Argentina, Chile, Perú y Colombia.

Enseñanza de salud pública, con especial atención a la microbiología: una beca de seis semanas para estudios en el Ecuador, Perú, Bolivia y Chile.

Enseñanza de salud pública, con especial atención a la ingeniería sanitaria: una beca de dos meses para estudios en México, Ecuador, Perú, Chile, Uruguay, Brasil, Trinidad y Barbada, y una de dos meses para estudios en Suiza, India, Tailandia, Hong Kong, Manila, Taiwán y Japón.

Enseñanza de salud pública, con especial atención a la higiene del trabajo: una beca de dos meses para estudios en México, Perú y Chile.
(*OPS*)

FEDERACION DE LAS INDIAS OCCIDENTALES-12 (Jamaica-12)—Enseñanza de enfermería

La asesora en enseñanza de enfermería tomó posesión de su cargo en Kingston, Jamaica, en septiembre. Durante el período de orientación y estudio de las necesidades en materia de enseñanza de enfermería, colaboró en un programa de adiestramiento de auxiliares de enfermería, pues se necesita con mucha urgencia personal de esta clase.
(*OPS*)

GUATEMALA-1—Erradicación de la malaria

En noviembre de 1960 quedaron completados el segundo año y cuarto ciclo de rociamiento con DDT. Se rociaron 368,269 casas en el tercer ciclo y 374,430 en el cuarto; sólo dejaron de rociarse 0.8%. Se emplearon 438,500 libras de DDT. La United Fruit Company roció 13,000 casas. Quedaron directamente protegidas unas 1,600,000 personas. Sólo en dos zonas se encontró seria resistencia al DDT. En dos localidades, Sanarate y Finca Mocá, que ofrecían condiciones favorables, se utilizaron larvicidas con clortión con resultados muy buenos. Las fuertes lluvias, el intenso movimiento de población y algunos grandes brotes localizados causaron un incremento temporal en el número de casos en verano y otoño, pero en 1960 se lograron notables progresos hacia la erradicación. 2,000 puestos de notificación produjeron por término medio 7,000 láminas por mes, con 3.2% positivas durante el momento culminante de la estación. La búsqueda activa de casos produjo 21,555 láminas con 2.7% positivas. El porcentaje de positivas fue de 20.5 en 1958. Debe tenerse presente que más de la mitad de positivas se obtuvieron de las localidades epidémicas. En una zona en que había considerable transmisión de malaria a causa de elevada resistencia al DDT, no tuvo éxito completo un

proyecto piloto con tratamiento colectivo mediante drogas, pero el uso de drogas unido a medidas contra los mosquitos resultó eficaz para impedir recaídas en un brote de grandes dimensiones.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Erradicación de la malaria: una beca de tres meses y una semana para estudiar en México, y una de cinco meses y tres semanas para estudiar en Venezuela.

Entomología médica: una beca de cinco meses y una semana para estudiar en Brasil, Perú y Panamá.

(OPS/FEM) *(UNICEF)*

GUATEMALA-6—Enseñanza de enfermería

El programa original para la preparación de instructoras de personal auxiliar de enfermería está ahora a cargo de una instructora nacional bien preparada, lo cual ha permitido dar mayor importancia a la colaboración con la Escuela Nacional de Enfermería de la Ciudad de Guatemala, que facilita adiestramiento básico en enfermería. En la Escuela se matricularon 118 estudiantes. En el Hospital General se completó un programa de adiestramiento durante el servicio sobre supervisión y administración para enfermeras graduadas. Se prestó especial atención a la necesidad de facilitar servicios de asesoramiento continuos a los programas de ampliación de adiestramiento de auxiliares en dos hospitales del interior.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Enseñanza de enfermería: dos becas de 11 meses cada una para estudiar en Chile, y una de seis meses para estudios en los Estados Unidos de América, Costa Rica y Panamá.

(OPS, OMS/AT)

GUATEMALA-7—Administración de salud pública—Becas

Veterinaria de salud pública: una beca de 11 meses y medio para estudiar en el Brasil.

(OMS/AT)

GUATEMALA-8—Servicios de salud pública

Las actividades de la Organización en materia de saneamiento del medio previstas en este proyecto, se redujeron con motivo del paso de funciones, personal, equipo y presupuesto al SCISP. El centro de adiestramiento se trasladó de Amatitlán a la Ciudad de Guatemala, y se están organizando un centro de salud urbano y otro suburbano, que se utilizarán como zonas de prácticas para los estudiantes de medicina. Se propuso una nueva compilación y elaboración de códigos sanitarios. Se reorganizó el Departmento Nacional de Salud, que ahora tiene cinco divisiones principales, y quedó casi completado un plan nacional de salud para 1961–1966. En zonas rurales se crearon 10 nuevos centros de salud y nueve puestos sanitarios. Se adiestraron 19 médicos, 12 enfermeras, 16 inspectores sanitarios, 38 auxiliares de enfermería y ocho auxiliares de laboratorio.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Administración de salud pública: una beca de 10 meses y medio para estudiar en México.

(OMS) *(UNICEF)*

GUATEMALA-11—Control de la tuberculosis

El programa piloto del Departamento de Escuintla, para probar la eficacia de la isoniacida en el tratamiento domiciliario y ambulatorio de la tuberculosis, continuó y se hizo extensivo al Departamento de Santa Rosa. Se hallan en estudio métodos para evaluar la administración de la droga a pacientes y contactos.

(OMS/AT) *(UNICEF)*

GUATEMALA-12—Administración de salud pública—Becas

Enfermería de salud pública: una beca de 12 meses para estudiar en Puerto Rico.

(OPS)

GUAYANA BRITANICA-5—Erradicación de la malaria

La malaria ha sido erradicada de la región costera (población: 494,000) y ahora existe solamente en la región interior, de población diseminada (población: 65,000). Se hicieron preparativos para iniciar la distribución de sal medicada en los tres distritos del interior.

(OPS/FEM) *(UNICEF)*

GUAYANA BRITANICA E INDIAS OCCIDENTALES-1—Erradicación del *Aëdes aegypti*

Las 95 localidades anteriormente infestadas de la Guayana Británica siguieron siendo negativas y se hallan bajo vigilancia; también se han obtenido resultados negativos en Granada, las Granadinas (con excepción de Carriacou), Nieves, San Cristóbal, el grupo de San Vicente, Antigua, Barbada, Trinidad y Tabago, que están bajo vigilancia. En Montserrat y Santa Lucía hubo reinfección que se combatió inmediatamente con éxito a base de un tratamiento intensivo. En Dominica se está efectuando una encuesta antes de comenzar las actividades de erradicación. La escasez de personal limita los trabajos en

las Bahamas. Se trabaja muy intensamente en las Islas Vírgenes.
(*OMS/AT*)

GUAYANA BRITANICA E INDIAS OCCIDENTALES-3—Enfermería de salud pública

Se facilitaron servicios de asesoramiento a Barbada, Trinidad y Guayana Británica. En la Guayana Británica se preparó el plan para un proyecto de servicios integrados de salud pública como consecuencia de una visita de personal técnico de la Oficina de la Zona I y de la Sede de Washington y de deliberaciones con los funcionarios de salud pública locales y la consultora de enfermería de la OSP/OMS para la zona. Este nuevo proyecto, cuyas operaciones deben comenzar a principios de 1961, prevé una reorganización total de todos los servicios médicos y de enfermería y el establecimiento de 33 centros de salud rurales, un laboratorio de salud pública y servicios de saneamiento del medio. Se presentó al UNICEF una solicitud oficial de suministros y equipo.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Enfermería de salud pública: una beca de tres meses para estudios en los Estados Unidos de América.
(*OMS/AT*)

GUAYANA BRITANICA E INDIAS OCCIDENTALES-4—Administración de salud pública—Becas

Administración de servicios de enfermería: una beca de 10 semanas para estudiar en el Reino Unido, Países Bajos y Dinamarca.

Servicios de laboratorio: una beca de seis meses para estudiar en los Estados Unidos de América, y una de seis meses para estudios en el Canadá.

Sancamiento del medio: una beca de ocho meses y seis semanas para estudiar, respectivamente, en los Estados Unidos de América y Puerto Rico, y una de 12 meses para estudios en los Estados Unidos de América.

Erradicación del *Aëdes aegypti*: una beca de tres semanas para estudios en Jamaica, Islas Vírgenes (R. Unido) y Barbada.

Control de insecticidas: una beca de seis semanas para estudios en los Estados Unidos de América.

Enfermería de salud pública: una beca de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos de América, y una de 12 meses para estudios en el Canadá.

Ingeniería sanitaria: una beca de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OPS*)

GUAYANA BRITANICA E INDIAS OCCIDENTALES-5—Administración de salud pública—Becas

Administración de salud pública: una beca de 12 meses para estudiar en el Canadá.

Educación sanitaria: una beca de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.

Higiene mental: una beca de cinco meses para estudios en los Estados Unidos de América y el Canadá.
(*OMS*)

GUAYANA BRITANICA E INDIAS OCCIDENTALES-12—Enseñanza de enfermería

La consultora en enseñanza de enfermería y su colega nacional visitaron hospitales y organismos de salud representativos en varias partes de Jamaica a fin de adquirir un conocimiento directo de la situación de la enfermería y determinar la ubicación más conveniente para el programa de adiestramiento de auxiliares de enfermería. Con funcionarios de enfermería del Ministerio de Salud se estudió un plan del programa y las líneas generales del curso. También se preparó un plan preliminar de operaciones para el programa de educación posbásica en enfermería.
(*OPS*)

GUAYANA BRITANICA E INDIAS OCCIDENTALES-14—Erradicación de la malaria

La malaria y el mosquito vector *A. darlingi* han sido erradicados de la región costera donde vive el 90 % de la población, y, más recientemente, de las zonas del interior cercanas, donde vive la mayor parte de la población restante. El rociamiento en barrera de las rutas fluviales se mantuvo para proteger las zonas consolidadas contra reinfección por enfermos procedentes del interior, donde hay todavía 38,000 personas en áreas en la fase de ataque. En la última mitad de 1960 se completaron los preparativos para un programa de sal cloroquinada, que empezó a ejecutarse en enero de 1961.
(*OPS/FEM*) (*UNICEF*)

GUAYANA BRITANICA E INDIAS OCCIDENTALES-18—Fomento de los abastecimientos públicos de agua

En la Guayana Británica se colaboró en el adiestramiento de perforadores de pozos, y se facilitaron a Granada los servicios de un consultor en problemas de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Saneamiento del medio con especial atención a la ingeniería sanitaria: dos becas de tres meses y medio cada una, para estudios en los Estados Unidos de América.
(*OPS/FAPA*)

HAITI-1—Erradicación de la frambesia

La fase de vigilancia cubrió una zona de 2,350,000 habitantes, entre los cuales se descubrieron y trataron 751 presuntos casos de frambesia infecciosa. Pero sólo 1.5% de las lesiones sospechosas fueron de etiología de frambesia. En la zona bajo vigilancia, la incidencia de frambesia infecciosa por 10,000 habitantes se redujo de 10 en 1959 a 3 en 1960.

(*OMS*) (*UNICEF*)

HAITI-4—Erradicación de la malaria

En 1960 prosiguieron las negociaciones para reactivar el programa suspendido desde diciembre de 1958. Encuestas sobre susceptibilidad a los insecticidas revelaron resistencia al dieldrín en ciertas zonas, pero se comprobó susceptibilidad al DDT en todos los Departamentos. La Secretaría de Salud Pública notificó 29,636 casos de malaria en los 10 primeros meses de 1960.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Erradicación de la malaria: una beca de dos semanas para estudios en México.

(*OPS/FEM*) (*UNICEF, ICA*)

HAITI-9—Laboratorio de salud pública

Un consultor de laboratorio prestó asistencia técnica sobre administración y desarrollo de varias actividades específicas del laboratorio nacional.

(*OPS*)

HAITI-12—Administración de salud pública—Becas

Servicios de laboratorio: una beca de ocho meses para estudiar en el Canadá.

Administración de salud pública: una beca de 12 meses para estudiar en el Canadá.

Veterinaria de salud pública: una beca de cinco semanas para estudios en México y Estados Unidos de América.

Enseñanza de enfermería: una beca de 12 meses para estudiar en el Canadá.

(*OPS*)

HAITI-15—Administración de Salud Pública—Becas

Ingeniería sanitaria: tres becas, de 10 meses y medio cada una, para estudiar en México, y una beca de 12 meses y medio para estudiar también en México.

(*OMS*)

HAITI-16—Servicios de salud pública

Se halla en estudio un plan para formar un servicio de salud amplio e integrado. Entretanto, la colaboración prestada se limitó a asesoramiento técnico directo a la Secretaría de Salud Pública.

(*OMS/AT*) (*ICA*)

HAITI-19—Enseñanza de la medicina

Se nombró un profesor de fisiología a tiempo completo para que colaborara en la organización del Departamento de Fisiología y asesorara sobre la reorganización general de la parte médica de la Escuela de Medicina y Farmacia.

(*OPS*) (*ICA*)

HAITI-20—Nutrición

Se examinó con el Gobierno y la FAO una propuesta para establecer un Consejo de Nutrición a nivel presidencial. El Consejo se encargará de la coordinación e integración de las actividades de nutrición llevadas a cabo por los Departamentos de Salud Pública, Agricultura y Educación.

(*OPS*) (*UNICEF*)

HONDURAS-1—Erradicación de la malaria

En junio de 1960 quedó completado el primer año de DDT (segundo ciclo), con 242,000 casas rociadas y 1,279,000 habitantes directamente protegidos. Solamente 912 casas se encontraron cerradas o se opusieron al rociamiento. Se observó resistencia de vectores al dieldrín en Departamentos donde este hecho ya era conocido, pero no se encontró resistencia al DDT. Se han establecido 1,500 puestos de notificación, y más de la mitad produjeron láminas. De las 109,677 láminas examinadas en 1960, 5,517 (5.03%) fueron positivas. La búsqueda activa de casos fue insignificante; los voluntarios produjeron 109,540 láminas, 5,490 de ellas positivas.

(*OPS/FEM*) (*UNICEF, ICA*)

HONDURAS-4—Servicios de salud pública

Se logró un progreso con la organización y creación oficial del Departamento de Ingeniería Sanitaria en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Esto permitirá que el año próximo aumenten las actividades de saneamiento en el país y que se junten el personal y equipo hasta ahora dispersos. Se iniciaron con éxito actividades de perforación, aunque con equipo limitado. Se ampliaron las zonas de demostración, y prosiguieron los abastecimientos de aguas rurales, la construcción de letrinas y la organización de unidades de salud. Se inauguraron un centro de salud, 5 subcentros, 5 puestos sanitarios y 4 centros de higiene maternoinfantil. En otro curso de adiestramiento para inspectores sanitarios se estudiaron las actividades de higiene de los alimentos. El

ingeniero del proyecto prestó colaboración al Gobierno en los planes preliminares para el desarrollo de Puerto Cortés. Se examinó la posibilidad de prestar asistencia a la escuela de ingeniería para el adiestramiento de ingenieros sanitarios.
(*OMS/AT*) (*UNICEF*)

HONDURAS-6—Administración de salud pública—Becas

Enfermería de salud pública: una beca de 12 meses para estudiar en Puerto Rico y Guatemala.

Veterinaria de salud pública: una beca de 11 meses para estudiar en el Brasil.

Administración de salud pública: una beca de 10 meses y medio para estudiar en México.
(*OPS*)

HONDURAS-8—Enseñanza de la medicina

Un consultor pasó dos semanas en Tegucigalpa para examinar la selección de estudiantes de ingreso en la escuela de medicina y prestar asesoramiento al respecto.
(*OPS*)

HONDURAS-9—Fomento de sistemas públicos de abastecimiento de agua

Se facilitaron los servicios de un consultor para examinar los diversos aspectos de una ley de reorganización de los servicios de abastecimiento de agua en el país.
(*OPS/FAPA*)

ISLAS WINDWARD-2—Erradicación de la malaria

Dominica. En el distrito de Portsmouth se completaron los ciclos segundo y tercero de DDT. El número de casas cuyos propietarios estaban ausentes o se negaron a permitir el rociamiento representó el 16%. Dificultades de orden financiero aplazaron durante dos meses la iniciación del tercer ciclo. La obtención de láminas fue escasa a causa de la renuncia de los evaluadores y del poco interés por parte de las clínicas; los exámenes tuvieron que aguardar seis meses por falta de un microscopista. En 1960 se descubrieron cinco casos por *falciparum* en las dos zonas que antes presentaron un elevado índice de malaria. Se han subsanado las dificultades y adelantan las actividades de laboratorio y evaluación. El Gobierno promulgó una ley que hace obligatorio el rociamiento de las casas.

Granada. En enero de 1960 terminó el sexto y último ciclo de rociamiento y comenzó la fase de vigilancia. Desde marzo de 1959 no se han descubierto láminas positivas. Durante los primeros meses de 1960 se tomaron 7,270 láminas, más de la mitad por evaluación pasiva. Los evaluadores visitaron clínicas en 29 centros médicos, donde obtuvieron con la mayor eficiencia láminas de casos febriles. También hicieron encuestas casa por casa en busca de casos febriles. Hasta el 31 de octubre se habían tomado muestras del 15% de las 30,200 personas residentes en las zonas ya rociadas.

Santa Lucía. La fase de vigilancia comenzó en septiembre de 1959. En los diez meses primeros se tomaron láminas de más del 10% de los 86,194 habitantes de la isla; todas resultaron negativas. Se ha procedido a la búsqueda activa y pasiva de casos en toda la zona que antes fue malárica. Hasta octubre de 1960 se habían establecido 66 puestos de notificación. El laboratorio examinó también láminas de Granada y Dominica. Las personas que regresan de Trinidad son sometidas a inspección a su llegada a Santa Lucía.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Erradicación de la malaria: una beca de 12 semanas a un candidato de Dominica para estudios en Jamaica, y otra de 12 semanas a un candidato de Granada para estudios en Surinam.
(*OPS/FEM*) (*UNICEF*)

JAMAICA-2—Erradicación de la malaria

En julio se suspendió el rociamiento en cinco parroquias del norte y del oeste (90,846 casas). Una llamada zona "twilight", la mitad norte de cinco parroquias del sur (80,000 casas), está sometida a una intensa evaluación con el propósito de suspender el rociamiento a fines de año. Esa suspensión dejaría unas 120,000 casas para posteriores ciclos de DDT. En 1960 se examinaron 184,500 láminas. Se observó un marcado descenso en el número de positivas: 134, o sea menos de 1 por 1,000. Se han llevado a cabo intensos esfuerzos para contratar colaboradores voluntarios activos, estimular la conciencia del público sobre la necesidad de la evaluación y tratar todos los casos en las zonas limpias y "twilight". Se comenzó el tratamiento colectivo en los focos más persistentes donde diversas causas habían entorpecido la erradicación.
(*OPS/FEM*) (*UNICEF, ICA*)

MEXICO-14—Enseñanza de enfermería

Se facilitaron servicios consultivos en un curso de cinco meses para instructoras de enfermería, organizado por la Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; a seis escuelas de enfermería fuera de la Ciudad de México; a la Dirección de Enfermería en sus planes iniciales para una encuesta de los recursos y necesidades de enfermería en México, y a varias otras Direcciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en sus programas de

orientación para instructoras regionales de enfermería encargadas de preparar personal auxiliar.
(*OPS*)

MEXICO-15—Servicios estatales de salud pública

Se preparó el plan de actividades para este proyecto. Ya se ha comenzado a colaborar con los servicios de salud de los Estados de Yucatán y Tlaxcala. Este proyecto se unirá con el correspondiente a México-22.
(*OPS*) (*UNICEF*)

MEXICO-18—Administración de salud pública—Becas

Administración de salud pública: una beca de nueve semanas para estudios en Puerto Rico, Colombia y Perú.
(*OMS*)

MEXICO-22—Servicios de salud pública (Guanajuato)

El personal internacional de saneamiento estaba integrado por un ingeniero sanitario y un sanitario. Se ha dotado de limitados abastecimientos de agua (formados por un pozo perforado, un tanque elevado con bomba de agua y una o más fuentes públicas) a 144 colectividades. Los sistemas de abastecimiento de agua se hicieron extensivos a sectores de varias colectividades, donde se instalaron más fuentes públicas y asimismo conexiones domésticas a expensas de la población local. Los gastos de operación y mantenimiento de estos sistemas son sufragados por los usuarios. En 130 colectividades se ha iniciado un programa de construcción de letrinas (175 letrinas se instalaron en escuelas rurales), y en 29 comunidades se mejoró la vivienda. Prosiguieron los cursos de adiestramiento para inspectores sanitarios y auxiliares de saneamiento, y se completó un curso para perforadores de pozos. Además, se prestó colaboración en materia de educación sanitaria y enseñanza de enfermería de salud pública.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Administración de salud pública: una beca de tres meses para estudios en Puerto Rico, Brasil, Argentina, Chile y Perú, y una de tres meses y dos semanas para estudios en los mismos países y Honduras.
(*OMS*) (*UNICEF*)

MEXICO-23—Instituto Nacional de Nutrición

Este proyecto comprendió la siguiente beca:

Nutrición y dietética: una beca de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OMS/AT*) (*FAO, UNICEF*)

MEXICO-25—Administración de salud pública—Becas

Administración de salud pública: una beca de tres meses para estudios en el Perú, Chile y Brasil.

Enfermedades venéreas: una beca de un mes para estudios en Curazao, Colombia, Ecuador, Perú y Chile.

Estadísticas de salud: una beca de cuatro meses y medio para estudios en Colombia, Chile y Brasil.

Nutrición: una beca de seis semanas para estudios en los Estados Unidos de América.

Administración de hospitales: una beca de nueve semanas para estudios en el Brasil, Chile y Perú.
(*OPS*)

MEXICO-28—Laboratorio de salud pública

Con arreglo a este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Control de los alimentos: una beca de cuatro meses para estudiar en los Estados Unidos de América.

Farmacología: una beca de seis meses para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OPS*)

MEXICO-29—Control de la lepra

Un consultor a tiempo completo prestó servicios de asesoramiento técnico para la preparación de un programa nacional de control de la lepra. Planeado de acuerdo con los últimos adelantos en la materia, el programa constituye a la vez una modificación y una ampliación de las anteriores medidas adoptadas contra la lepra por el Gobierno.
(*OMS*)

MEXICO-30—Escuela de Salud Pública

Una educadora en enfermería prestó servicios de asesoramiento hasta el mes de abril en relación con el plan de estudios de enfermería de salud pública y los programas de adiestramiento práctico. El personal técnico de la Oficina de la Zona II siguió colaborando con la Escuela en algunos aspectos como la educación sanitaria y el saneamiento del medio.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Control de los alimentos: una beca de cinco meses y medio para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OMS*)

MEXICO-32—Enseñanza de la medicina

Un consultor a corto plazo colaboró con la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la preparación de una Mesa

Redonda sobre Enseñanza de la Educación Sanitaria en las Escuelas de Medicina. La reunión tuvo lugar en León, Guanajuato, México, del 21 al 26 de agosto.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Organización de la enseñanza de la medicina: una beca de 12 meses para estudiar en el Canadá.
(*OMS*)

MEXICO-35—Adiestramiento en saneamiento del medio

Se facilitaron suministros y equipo a la Escuela de Ingeniería Sanitaria de la Universidad Autónoma Nacional de México.
(*OMS*)

MEXICO-38—Control de la tuberculosis

Se llegó a la fase final en la preparación de una encuesta sobre la tuberculosis y de los planes para una campaña de control.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Control de la tuberculosis: una beca de tres meses para estudios en Suiza y Kenya, y una de dos meses y medio para estudios en Kenya.

Administración de salud pública, con especial atención al control de la tuberculosis: una beca de 11 meses y medio para estudiar en el Reino Unido y Africa.
(*OMS*) (*UNICEF*)

MEXICO-39—Fomento de sistemas públicos de abastecimiento de agua

Se examinaron con el Gobierno planes de proyectos para suministrar agua a zonas urbanas que necesitan ampliar sus instalaciones.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Saneamiento del medio, con especial atención a la ingeniería sanitaria: una beca de tres meses y medio para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OPS/FAPA*)

MEXICO-40—Higiene mental

El consultor asignado al proyecto en 1959 terminó su trabajo, y se presentó al Gobierno un extenso informe con recomendaciones para mejorar y ampliar las actividades de higiene mental en el país.
(*OPS*)

MEXICO-53—Erradicación de la malaria

En enero comenzó el cuarto año de cobertura total. En algunas zonas terminó el rociamiento y empezó la fase de vigilancia. Experimentaron un notable aumento las operaciones de búsqueda de casos. El octavo ciclo de rociamiento quedó completado en diciembre. Durante el año, grandes sectores de la zona malárica pasaron de la fase de ataque a la de consolidación. A fines de año se terminó el rociamiento en 2,621,666 casas y se redujo a 2 gm/m² una vez al año en las restantes 1,623,814; el número de personas protegidas se elevó a 19,104,660. Se destacaron 24 brigadas móviles para rociar focos en zonas bajo consolidación en las cuales reapareció la transmisión. Al pasar a la fase de consolidación, se dio cada vez mayor importancia a la evaluación e investigación epidemiológica en localidades donde se observó transmisión. La acumulación de las actividades de rociamiento y evaluación agravó la carga financiera en ese momento. La labor de evaluación se va intensificando con toda la rapidez que permiten los fondos. A fines de noviembre se habían examinado 1,051,539 láminas de una población de unos 19,000,000 de habitantes, de las cuales el 0.29 % resultaron positivas. Los puestos de notificación produjeron 290,353 láminas con 0.36 % positivas, mientras que el personal de la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo obtuvo 761,186 láminas, de las cuales el 0.27 % resultaron positivas. Se implantó el empleo de la primaquina para la cura radical de pacientes y "contactos" seleccionados. Prosiguieron las investigaciones sobre métodos entomológicos y epidemiológicos. No se observaron importantes cambios en la resistencia, y sólo en zonas no maláricas se encontró resistencia al DDT. Se intensificaron las actividades de educación sanitaria del público.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Erradicación de la malaria: una beca de dos semanas para estudios en Venezuela, y dos de cuatro meses cada una para estudiar en el Brasil.
(*OPS/FEM, OMS/AT*) (*UNICEF*)

NICARAGUA-1—Erradicación de la malaria

La terminación del cuarto ciclo de rociamiento con DDT, que se había proyectado para diciembre, tuvo que ser aplazado a causa de las fuertes lluvias. No han cambiado notablemente el grado de resistencia al DDT ni las áreas en que se venía observando. Dos focos de fuerte transmisión—Condegas y las orillas del lago Managua, cerca de la capital del mismo nombre—han sido objeto de tratamiento larvicida. Se obtuvieron buenos resultados excepto en los lugares donde la vegetación es densa. La transmisión persistió en 5 de los 16 Departamentos en que se divide el país y en los que la resistencia del mosquito a los insecticidas constituye un problema. En estos 5

Departamentos se obtuvieron en 10 meses 58,877 láminas, de las cuales 5,754, o sea, el 9.8%, resultaron positivas, lo que constituye el 92% de los casos registrados en el país. Las fuertes lluvias contribuyeron a aumentar el número de casos en casi todos los Departamentos durante los últimos seis meses. Desde el mes de noviembre, todos los casos de *vivax* notificados durante el año han recibido tratamiento radical. Durante los últimos meses del año, fue mejorando la administración de la campaña.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Erradicación de la malaria: una beca de tres meses y tres semanas para estudiar en Jamaica y México, y dos becas de dos meses y medio para cursar estudios en México.
(OPS/FEM) *(UNICEF, ICA)*

NICARAGUA-5—Enseñanza de enfermería

Se graduaron 15 enfermeras en la Escuela Nacional de Enfermería. El número de estudiantes, incluidas 28 alumnas aceptadas para el primer año, se eleva a 54. Dos instructoras de enfermería regresaron de cursar estudios en el extranjero, y otras dos salieron del país con becas. Prosiguió el adiestramiento del personal docente durante el servicio, y se trabajó para mejorar las áreas de prácticas clínicas. Durante el año se procedió a la evaluación del programa de la Escuela, el cual será examinado en un seminario que se celebrará en febrero de 1961.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Enseñanza de enfermería: una beca de 12 meses para estudiar en Costa Rica, y dos becas de dos meses cada una para estudiar en el Perú, Brasil y Chile.
(OMS)

NICARAGUA-7—Administración de salud pública—Becas

Enfermería de salud pública: una beca de cuatro meses para estudiar en Colombia y el Perú.

Obstetricia: una beca de 12 meses para estudiar en Costa Rica.

Nutrición: una beca de dos años para estudiar en Guatemala.
(OPS)

PANAMA-1—Servicios de salud pública

Entre los planes preparados durante el año figuran los siguientes: un plan preliminar para unificar los diversos servicios de enfermería en el ámbito nacional; un plan completo de salud para la región occidental del país, y un plan de 20 años para la construcción de sistemas de abastecimiento de agua en el interior de la nación. Un estudio realizado por las autoridades de salud sobre el rendimiento y funcionamiento de 50 pozos perforados demostró que se podría obtener una importante mejora si se introdujeran algunas ligeras modificaciones, las cuales se llevarán a efecto en 1961. En el curso del año se preparó un nuevo reglamento para inspectores sanitarios, así como un nuevo formulario de informe. El ingeniero sanitario asignado al proyecto colaboró también con las autoridades nacionales de los servicios de agua para establecer planes y programas encaminados a la ampliación y construcción de sistemas de abastecimiento público de agua y preparar una ley a fin de crear un organismo nacional para las obras de abastecimiento de agua y alcantarillado. Se proporcionó, además, adiestramiento al personal profesional y auxiliar durante el servicio.
(OMS/AT) *(UNICEF)*

PANAMA-2—Erradicación de la malaria

En el tercer año de operaciones de rociado, que terminó en el mes de agosto, fueron tratadas 131,270 casas, quedando sin tratar 9,100 o sea el 6.3%. Sin embargo, el 44% de las casas fueron rociadas a intervalos mayores de 12 meses. Se utilizaron 76,200 libras de dieldrín y se protegió a un total de 562,495 habitantes. Hasta la fecha no se ha encontrado resistencia. Los 1,352 puestos de notificación y los 25 evaluadores prepararon 76,984 láminas, 5,233 de las cuales, o sea el 6.7%, resultaron positivas. Este número de láminas representa un aumento del 43% sobre el año anterior. El aumento se produjo principalmente en *P. vivax*, al que corresponde el 86% de todos los casos. Se efectuaron 23 investigaciones epidemiológicas. La causa principal de la persistencia se atribuyó a la construcción de nuevas casas o bien a la alteración considerable de las superficies rociadas durante el ciclo de 12 meses, aunque también influyó en ello la irregularidad de los ciclos (fueron comunes los ciclos de 13–14 meses). También contribuyó a la persistencia la picadura de mosquitos al aire libre. Actualmente se está procediendo a una revisión de todo el programa.
(OPS/FEM) *(UNICEF)*

PANAMA-8—Administración de salud pública—Becas

Veterinaria de salud pública: una beca de 12 meses para estudios en los Estados Unidos de América.
(OPS)

PANAMA-9—Fomento de sistemas públicos de abastecimiento de agua

Un consultor examinó un anteproyecto de ley para establecer un organismo nacional encargado de los abastecimientos de agua, y ofreció su asesoramiento al respecto.
(OPS/FAPA)

PARAGUAY-1—Erradicación de la malaria

Las áreas rociadas abarcaron las 1,716 localidades originariamente determinadas como maláricas, más una nueva zona con 380 localidades. A fines de octubre se completó el tercer año de rociamiento en el área originariamente malárica y el segundo en el área nueva. La malaria aparece en forma epidémica en ciertos sectores del país, y luego desaparece durante varios años. El número de casos y la prevalencia de *A. darlingi* varía en esas áreas. En el curso del año se intensificó el estudio de los casos y de la prevalencia. No se observó resistencia al insecticida. Con objeto de abarcar una población total de 1,770,000 habitantes, se amplió la red de notificación a 1,351 localidades, pero la notificación fue muy escasa. Sólo se prepararon 10,117 láminas en 12 meses, 805 de las cuales (7.9%) resultaron positivas. La búsqueda activa de casos tuvo como resultado la preparación de 32,138 láminas en 12 meses. Si bien se encontraron láminas positivas en 15 de los 16 Departamentos, en muchos de ellos sólo se pusieron de manifiesto unos cuantos casos.

Como parte de este proyecto se adjudicaron las siguientes becas:

Erradicación de la malaria: tres becas, de seis meses cada una, todas ellas para estudiar en Venezuela y México; y dos becas, de dos meses y medio cada una, para estudiar en México.

(*OPS/FEM*) (*UNICEF, ICA*)

PARAGUAY-9—Control de la lepra

El consultor continuó prestando servicios de asesoramiento sobre la labor de control de la lepra, que ahora ha quedado integrada en otras actividades locales de salud pública. Se estableció un área de demostración, que abarca al 18% de la población del país, para adiestrar personal en las materias relativas al control de la lepra, mejorar las medidas que se aplican actualmente y ensayar nuevos métodos de control. Continuó en la forma que se había planeado la búsqueda de casos y el tratamiento ambulatorio.

(*OMS*) (*UNICEF*)

PARAGUAY-10—Servicios de salud pública

Miembros del personal de la Sede de la OSP/OMS realizaron una evaluación especial del servicio nacional de salud. El ingeniero sanitario asignado al proyecto prestó servicios de asesoramiento al Gobierno en relación con el desarrollo de un programa nacional para la construcción de sistemas de abastecimiento de agua en todas las ciudades del Paraguay. Como resultado de una intensa campaña de vacunación antivariólica, se vacunó al 87.3% de la población. El programa de saneamiento del medio dio lugar a considerables mejoras en el abastecimiento de agua y en la eliminación de excreta en los medios rurales, en las áreas correspondientes a 16 centros de salud. Quedó aprobado el programa de abastecimiento rural de agua. A los cursos de educación sanitaria dedicados a maestros de escuelas rurales asistieron más de 100 maestros. Recibieron adiestramiento 116 trabajadores de salud pública: matronas profesionales, inspectores sanitarios, auxiliares de enfermería y técnicos de laboratorio.

Como parte de este programa se concedieron las siguientes becas:

Administración de salud pública: una beca de 10 meses para estudiar en Chile, y una beca de 11 meses y medio para estudios en el Brasil.

(*OMS/AT*) (*UNICEF*)

PARAGUAY-12—Administración de salud pública—Becas

Administración de salud pública: dos becas de 11 meses cada una para estudiar en el Brasil; tres becas de 11 meses y medio cada una para estudiar también en el Brasil, y una beca de 10 meses y medio para estudiar en México.

Educación sanitaria: una beca de 10 meses para estudiar en Chile.

Parasitología: una beca de cuatro meses para estudiar en Chile.

(*OMS*)

PARAGUAY-13—Administración de salud pública—Becas

Educación sanitaria: una beca de 12 meses para estudiar en Chile.

Administración de salud pública: una beca de 12 meses para estudiar en Puerto Rico, y una beca de tres meses para estudiar en Chile.

(*OPS*)

PARAGUAY-15—Erradiçación de la viruela

Los servicios ordinarios de salud pública del país han asumido la responsabilidad de mantener el nivel de inmunidad contra la viruela logrado merced a la intensa campaña de vacunación que terminó en febrero de 1960. Un consultor cooperó con el Gobierno del Paraguay hasta la terminación de la campaña, así como durante la fase posterior en que se hizo de las vacunaciones antivariólicas una actividad ordinaria de los centros de salud. Al terminar la campaña, habían sido vacunadas 1,462,904 personas, o sea el 86.7% de la población calculada al 30 de junio de 1959.

(*OPS*)

PERU-5—Erradicación de la malaria

Continuaron las operaciones de vigilancia en el Departamento de Tacna, y se suspendieron las de rociamiento en varias áreas costeras. El mejoramiento de las operaciones epidemiológicas reveló la necesidad de establecer dos ciclos por año en varios valles de la zona costera. El programa se ha venido desarrollando por etapas. Durante 1960 se completó el tercer año de cobertura total en la región costera del Pacífico; el segundo, en la vertiente oriental de los Andes, y el primero, en la región del Amazonas. Se completó el segundo año de vigilancia en el Departamento de Tacna. No se presentó ningún caso autóctono. Fueron rociadas un total de 521,600 casas, protegiéndose directamente a una población de 2,226,000 habitantes. Se utilizó dieldrín y DDT. En el curso del año se intensificó la organización de las operaciones de evaluación, y se mejoró la supervisión de los puestos de notificación. El número de estos puestos asciende actualmente a 7,826. Fue necesario establecer nuevos laboratorios y contratar más microscopistas. De las 262,190 láminas examinadas (el 12 % de la población en 10 meses), 3,214, o sea, el 1.23 % resultaron positivas. Sólo el 6 % mostraron *falciparum*. La tasa de positividad varió según los años de cobertura, a saber: 3 años, 0.61 %; 2 años, 1.18 %, y un año, 3.64 %.

Como parte de este proyecto se adjudicaron las siguientes becas:

Erradicación de la malaria: una beca de cuatro meses y medio para estudios en el Brasil; cuatro becas de cuatro meses y medio cada una para estudiar en México, y cuatro becas de tres meses y una semana cada una para estudiar en México.

(OPS/FEM, OMS/AT) *(UNICEF, ICA)*

PERU-15—Enseñanza superior de enfermería

La educadora en enfermería continuó prestando servicios de asesoramiento a las escuelas de enfermería de las provincias y al Instituto de Estudios Posgraduados en Enfermería, del que salió la primera promoción de graduadas, constituida por 14 instructoras y 12 supervisoras. Según las nuevas normas para el ingreso, las enfermeras que solicitan estudiar en el Instituto deben presentar datos sobre su formación básica. La información obtenida indica que la calidad de instrucción ofrecida en las diversas escuelas del país varía considerablemente, y ha permitido al profesorado del Instituto dedicar especial atención a las materias que más se necesita enseñar. En el mes de mayo, empezaron el segundo curso 35 estudiantes.

Como parte de este proyecto se adjudicaron las siguientes becas:

Enseñanza de enfermería: una beca de 12 meses para estudios en Costa Rica.

Enfermería de salud pública: dos becas de 11 meses cada una para estudiar en Chile.

(OMS)

PERU-21—Administración de salud pública—Becas

Administración de salud pública: una beca de 10 meses para estudiar en Chile, y dos becas de 11 meses y medio cada una para estudiar en el Brasil.

Ingeniería sanitaria: una beca de 10 meses y medio para estudiar en México.

Odontología de salud pública: una beca de 11 meses y medio para estudiar en el Brasil.

Administración de hospitales: una beca de 10 meses para estudiar en Chile, y otra de 13 meses para estudiar en el Brasil.

(OMS)

PERU-22—Servicios de salud pública

Se prepararon los planes para desarrollar el proyecto, a nivel intermedio y local, en la zona de Junín. Las actividades del ingeniero sanitario asignado a este proyecto consistieron principalmente en fomentar un programa de abastecimiento público de agua en el Perú, colaborar en la preparación de una solicitud de un préstamo para ampliar el sistema de abastecimiento de agua de Arequipa y preparar un anteproyecto de ley para la creación de un organismo nacional autónomo en materia de servicios de abastecimiento de agua y de alcantarillado. Se han realizado ciertos progresos hacia la integración de las divisiones de ingeniería sanitaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del SCISP. Asimismo se proporcionaron servicios de asesoramiento en relación con una nueva estructura de las tarifas de agua del país.

Como parte de este proyecto se adjudicaron las siguientes becas:

Administración de hospitales: una beca de 10 meses para estudiar en Chile, y otra de 13 meses para estudiar en el Brasil.

Administración de salud pública: dos becas de 10 meses y medio cada una para estudiar en México, y otra de 10 meses para estudiar en Chile.

Higiene maternoinfantil: una beca de 10 meses y medio para estudios en México.

Veterinaria de salud pública: una beca de 10 meses para estudiar en Chile.

(OMS/AT) *(UNICEF)*

PERU-23—Misión conjunta para poblaciones indígenas

El consultor continuó colaborando en el programa Puno-Tambopata que ha ampliado sus actividades en el

área. Se inició un curso para el adiestramiento de auxiliares sanitarios voluntarios, procedentes de las colectividades en que habrán de prestar servicios. Asimismo se desarrolló un programa de saneamiento del medio en relación con el proyecto sobre la Misión Andina en Bolivia y Perú. Se prepararon dos folletos sobre saneamiento del agua y eliminación de excreta en los medios rurales.
(*OMS/AT*) (*NU, OIT, FAO, UNESCO*)

PERU-24—Control de la lepra

Un consultor visitó el país durante dos meses y cooperó con las autoridades de salud pública en el estudio del problema de la lepra y la planeación de un programa de control.
(*OMS*)

PERU-25—Administración de salud pública—Becas

Administración de salud pública: una beca de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.

Administración de salud pública, con atención especial a la higiene mental: una beca de 12 meses para estudiar en Puerto Rico.

Enfermería de salud pública: una beca de 12 meses para estudiar en Puerto Rico.

Administración de hospitales: una beca de 16 meses para estudiar en Chile.
(*OPS*)

PERU-29—Control de la tuberculosis

Se firmó el acuerdo tripartito relativo a la ejecución de una encuesta sobre la prevalencia de la enfermedad y a las actividades de control. En el curso del año llegó al país parte del grupo internacional, que inició los trabajos preliminares del proyecto.
(*OMS*) (*UNICEF*)

PERU-30—Fomento de sistemas públicos de abastecimiento de agua

Se facilitó asesoramiento en los aspectos técnicos, administrativos y financieros del proyecto. Se colaboró asimismo con el Comité Nacional de Obras Públicas mediante los servicios de un ingeniero de proyectos. También se ofreció adiestramiento en materia de perforación de pozos, así como instrucción sobre la estructuración de las tarifas de agua.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Saneamiento del medio, con atención especial al abastecimiento de agua: dos becas de un mes cada una para estudios en Ecuador, Colombia, México y Puerto Rico.
(*OPS/FAPA*)

PERU-31—Enseñanza de la medicina

Se proporcionaron libros, otras publicaciones y equipo audiovisual a la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos.
(*OPS*)

PERU-32—Diarrea infantil y malnutrición

Se iniciaron las investigaciones sobre la naturaleza de las alteraciones en el metabolismo del agua y de los electrólitos en niños que padecen de diarrea y malnutrición, con el propósito de encontrar métodos de tratamiento que se puedan utilizar en zonas donde faltan o son muy limitados los medios para el cuidado de la salud.
(*OPS*) (*INH*)

REPUBLICA DOMINICANA-2—Erradicación de la malaria

El segundo ciclo de rociamiento con dieldrín se interrumpió después de la aparición de resistencia en septiembre de 1959. El primer ciclo de DDT, que se inició en marzo de 1960, deberá completarse en nueve meses. A causa de la escasez de fondos, el 17 % del área malárica se dejó sin protección. De marzo a octubre se rociaron 211,719 casas sobre 273,140. 7,582 estaban cerradas o sus propietarios se opusieron al rociamiento. En siete meses se emplearon 217,650 libras de DDT. El vector fue susceptible al DDT en las 19 localidades experimentadas. La escasez de fondos también opuso graves obstáculos al servicio de evaluación. Durante el año sólo se establecieron 12 puestos de notificación. El total de 341 puestos no pudo ser visitado regularmente y la producción se redujo. El tanto por ciento de láminas positivas pasó de 16 a 36 durante ocho de los diez primeros meses de 1960.
(*OPS/FEM*) (*UNICEF*)

REPUBLICA DOMINICANA-3—Enseñanza de enfermería

La asesora en enfermería colaboró con el profesorado de la Escuela Nacional de Enfermería, que ahora cuenta con siete instructoras, a base de un programa de enseñanza y supervisión durante el servicio. También se desarrollaron algunas actividades de revisión del plan de estudios con el objeto de fortalecer la enseñanza de enfermería de salud pública. Con el ingreso de su tercera promoción, la Escuela cuenta ahora con 28 estudiantes.
(*OMS*)

REPUBLICA DOMINICANA-4—Servicios de salud pública

Las actividades de saneamiento se redujeron después del mes de mayo al ser trasladado el ingeniero sanitario con-

sultor. Al asignarse otro consultor al proyecto, se observó con satisfacción que gracias a la labor de los inspectores sanitarios adiestrados en el proyecto durante los años anteriores, prosiguieron las actividades de mejoramiento de abastecimientos de agua, instalación de letrinas, recogida y eliminación de aguas servidas y adiestramiento de manipuladores de alimentos. Los centros de salud de San Cristóbal y Ciudad Trujillo siguieron prestando servicios a la población de su jurisdicción, y se propone extender estas actividades a todo el país. El 26 de diciembre de 1960, se inauguró otra unidad de lavaderos-baños públicos, la segunda en la zona rural del Alto Najaro, Provincia de Trujillo. Estas instalaciones públicas constituyen lo que se considera una unidad mínima de saneamiento rural y constan de una fuente de agua potable con su sumidero; cuatro fregaderos para lavar ropa; dos cobertizos de duchas (uno para hombres y otro para mujeres) y, junto a ellos, dos letrinas sanitarias. Esta segunda unidad se construyó con fondos aportados por la colectividad y con la cooperación del servicio de saneamiento del medio del centro de salud de San Cristóbal.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Saneamiento del medio: una beca de 14 meses para estudiar en los Estados Unidos de América, y una de 12 meses y una semana de duración, también para estudiar en los Estados Unidos de América.

(OPS) *(UNICEF)*

REPUBLICA DOMINICANA-8—Erradicación del *Aëdes aegypti*

Continuaron las actividades, pero a un ritmo más lento a causa de limitaciones presupuestarias que no permitieron la iniciación de los trabajos en Ciudad Trujillo.

(OPS, OMS/AT)

REPUBLICA DOMINICANA-9—Administración de salud pública—Becas

Servicios de laboratorio: una beca de dos meses para estudios en los Estados Unidos de América.

(OMS)

REPUBLICA DOMINICANA-13—Vacunación contra la viruela

En colaboración con el personal asignado al programa República Dominicana-52 se preparó un programa nacional de vacunación.

(OPS)

REPUBLICA DOMINICANA-52—Erradicación de la frambesia y control de las enfermedades venéreas

En febrero de 1960 se completaron en todo el país las fases de hallazgo de casos y tratamiento inicial. Estas fases fueron seguidas de una fase de vigilancia durante la cual se averiguaron y trataron los casos residuales y sus contactos. En una encuesta que afectó a 390,819 personas, se hallaron 248 casos de formas de frambesia infecciosas. Continuó el adiestramiento de personal profesional y auxiliar para el programa de control de las enfermedades venéreas. Se hicieron intentos para unificar las operaciones de todos los dispensarios de enfermedades venéreas en los hospitales del país y coordinar los esfuerzos de los diversos organismos de atención médica y salud pública que intervienen en el control de las enfermedades venéreas. Dos consultores a tiempo completo colaboraron con el Gobierno de la República Dominicana en el desarrollo de estos dos programas.

(OPS)

SURINAM-1—Erradicación de la malaria

Al terminar, en 1960, los dos años y medio de rociamiento y los cinco ciclos de DDT, la zona costera permaneció libre de casos autóctonos de malaria durante todo el año. Fueron rociadas más de 36,000 casas en el último ciclo completo de DDT que se aplicó en las zonas costeras y de la sabana, mientras que 14,500 fueron tratadas con dieldrín, que sólo se empleó en el interior del país. Con una tasa de vigilancia bastante constante (aproximadamente el 21 % de la población, por año), el porcentaje de láminas positivas descendió de 11.2 %, en abril de 1959, a 1.6 %, en diciembre de 1960. Se proyecta someter a vigilancia la zona costera, y, en el interior cambiar el tratamiento anual con dieldrín por el rociamiento con DDT dos veces al año. No se han efectuado pruebas de resistencia.

(OPS/FEM) *(UNICEF)*

SURINAM Y ANTILLAS NEERLANDESAS-1—Erradicación del *Aëdes aegypti*

Aruba, Bonaire, Saba, San Eustaquio y San Martín continuaron siendo negativos. Curazao parece que llegará a ser totalmente negativo después de haberse perfeccionado recientemente las operaciones de rociamiento. Durante el año se completó la encuesta para delimitar el área infestada de Surinam; se observó la presencia de elevados índices y de infestación generalizada.

(OPS, OMS/AT)

TRINIDAD-3—Erradicación de la malaria

Trinidad se está acercando al final de la fase de ataque; el rociamiento en las áreas de *A. aquasalis* (el cuarto ciclo de DDT se completó en diciembre) se combina con el tratamiento colectivo con drogas en las zonas de *A. bellator* (con unas 10,000 casas y 40,000 habitantes). El tratamiento colectivo con drogas se viene aplicando desde noviembre de 1959 y, al parecer, en el mes de marzo había detenido la transmisión; sin embargo, el hecho de que el 50 % de la

población se niegue a aceptar el tratamiento crea un problema cada vez más difícil, especialmente en localidades en que la malaria no ha adquirido gravedad. En cambio, las personas que viven en zonas expuestas y los que manifiestan fiebre aceptan generalmente el tratamiento con drogas. Desde marzo sólo se han registrado un caso importado y dos autóctonos. El tratamiento colectivo con drogas consistió en 450 mg. de cloroquina y 45 mg. de primaquina al mes; las dosis para los niños se administraron según la edad. Hasta diciembre, los médicos de hospitales, las enfermeras y los colaboradores voluntarios habían preparado 817 láminas, y 108,183 los evaluadores.
(*OPS/FEM*) (*UNICEF*)

TRINIDAD-6—Legislación de salud pública

El consultor realizó dos visitas a Trinidad y procedió a un examen completo de la legislación sanitaria existente, con excepción de las disposiciones relativas a la cuarentena. Se van adoptando las recomendaciones formuladas por este consultor, y el cuerpo legislativo ha aprobado ya algunas disposiciones al respecto. El informe final se remitirá al Gobierno en 1961.
(*OMS*)

URUGUAY-5—Servicios de salud pública

Un grupo de consultores a tiempo completo prestó asesoramiento técnico en varios campos de los servicios de salud pública. El Gobierno ha aprobado un presupuesto mucho más elevado para el proyecto, y están funcionando seis centros de salud en los Departamentos de Artigas, Durazno, Tacuarembó, Rivera y Salta, que sirven a una población calculada en 315,000 habitantes. En el Ministerio de Salud Pública se está organizando un departamento de enfermería y, además se ha facilitado adiestramiento a 33 visitadoras sanitarias. En los cinco Departamentos antes mencionados, incluidos en el proyecto, prosiguió el saneamiento del medio con especial atención a los abastecimientos de agua y a la instalación de letrinas. En dos Departamentos se perforaron 12 pozos. Los inspectores sanitarios terminaron una encuesta de las capitales de los cinco Departamentos y otras ciudades. En otro curso sobre saneamiento del ambiente se adiestró a un grupo de 20 inspectores sanitarios destinados a este programa. El ingeniero consultor del proyecto colaboró en la preparación del VII Congreso de la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria, celebrado en Montevideo.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Saneamiento del medio, con especial atención a la ingeniería sanitaria: una beca de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OMS/AT*) (*UNICEF*)

URUGUAY-8—Administración de salud pública—Becas

Odontología de salud pública: una beca de 11 meses y medio para estudiar en el Brasil.
(*OMS*)

URUGUAY-10—Administración de salud pública—Becas

Enseñanza de la medicina: una beca de dos meses y medio para estudiar en los Estados Unidos de América.

Bioestadística: una beca de 19 meses y una semana para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OPS*)

URUGUAY-13—Adiestramiento de personal de salud pública

Este proyecto comprendió la siguiente beca:

Enseñanza de enfermería de salud pública: una beca de 11 meses y medio para estudiar en el Brasil.
(*OPS*) (*UNICEF*)

URUGUAY-15—Escuela de operadores de plantas de agua

El Segundo Curso de Operadores de Plantas de Agua se celebró en Montevideo del 14 de noviembre al 17 de diciembre. Los ocho estudiantes que asistieron al curso trabajaban en servicios nacionales de abastecimiento de agua. Se facilitaron servicios de consultores y una cantidad limitada de suministros y equipo para colaborar con el Gobierno en el desarrollo del curso.
(*OMS*)

URUGUAY-18—Fomento de sistemas públicos de abastecimiento de agua

Este proyecto comprendió la siguiente beca:

Saneamiento del medio: una beca de un mes y medio para estudios en el Perú, Ecuador, Colombia, Guatemala, México y Estados Unidos de América.
(*OPS/FAPA*)

VENEZUELA-7—Erradicación de la malaria

Venezuela continuó su programa sin asistencia internacional. Este programa fue observado con gran interés a causa de la labor pionera del Gobierno en los años anteriores. Extensas zonas del país permanecieron libres de casos autóctonos. El segundo año de tratamiento colectivo con drogas, a base de dosis semanales de cloroquina o administración de pirimetamina cada 10 ó 15 días, se desarrolló con resultados diversos en las dos zonas donde el rociamiento por sí solo resultó insuficiente para detener la transmisión. La más alta incidencia de malaria se encontró en los Estados

Táchira y Mérida, en el oeste, donde además de la picadura extradomiciliaria del *A. nuñez-tovari* y la inmigración de mano de obra agrícola de Colombia, se registró una estación inusitadamente húmeda que originó densidades de anofelinos extraordinariamente altas. El resultado fue que hubiera varios brotes, pequeños pero intensos, de malaria por *vivax* y *falciparum*. Fue en esta zona donde se encontraron casos por *falciparum* resistentes a la cloroquina. A menudo, la población se resistió a aceptar la administración regular de drogas hasta que ocurría una epidemia. Al parecer, la administración bien supervisada de la droga resulta eficaz.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Erradicación de la malaria: una beca de cinco semanas para estudios en México, Guatemala y El Salvador.
(*OPS/FEM*)

VENEZUELA-9—Administración de salud pública—Becas

Control de los alimentos: una beca de 16 meses y medio para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OPS*)

VENEZUELA-10—Administración de salud pública—Becas

Administración de salud pública, con especial atención a la higiene industrial: una beca de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OMS*)

VENEZUELA-11—Investigación sobre la peste

Se sometió al Gobierno el informe de un estudio epidemiológico sobre el problema de la peste en Venezuela. La enfermedad está limitada ahora a una pequeña zona limítrofe entre los Estados Aragua y Miranda, donde la peste aparece esporádicamente en el hombre y con mayor regularidad en los roedores silvestres, de los cuales hay varias especies infectadas.
(*OPS*)

VENEZUELA-13—Erradicación de la frambesia y control de las enfermedades venéreas

Un consultor llevó a cabo un estudio y formuló recomendaciones sobre el problema de las enfermedades venéreas y las medidas de control aplicadas.
(*OPS*)

VENEZUELA-14—Enseñanza de enfermería

Una evaluación del programa de 1959 reveló que se necesitan instructoras y supervisoras calificadas; en consecuencia, se amplió el proyecto para poder prestar colaboración a un curso posgraduado organizado en la Escuela de Salud Pública de Caracas. Cuatro enfermeras obtuvieron becas de viaje para visitar otros tantos centros de adiestramiento posgraduado en América del Sur, y una enfermera salió para los Estados Unidos en viaje de estudios de un año; a su regreso, todas ellas actuarán de instructoras en el curso posgraduado. Este nuevo programa aprovecha la circunstancia de que en 1959–1960 terminaron su instrucción preuniversitaria más de 80 enfermeras diplomadas que, por tanto, están en condiciones de seguir estudios posgraduados de enfermería.
(*OMS/AT*)

VENEZUELA-16—Erradicación del *A. aegypti*

La campaña continuó, en la forma prevista, en dos puntos muy apartados pero estratégicos: el Distrito Federal y el Estado Táchira, fronterizo con Colombia donde ya se ha logrado la erradicación. Se completaron las encuestas iniciales en el Distrito Federal y en los Estados Miranda y Táchira, y se están llevando a cabo en los Estados Aragua, Carabobo, Guárico, Mérida y Trujillo. De los 86 municipios y 827 localidades inspeccionados en 1960, resultaron positivos 25 y 70, respectivamente.
(*OPS*)

VENEZUELA-17—Enseñanza de la medicina

Se prestaron servicios de asesoramiento técnico para el planeamiento y preparación de una reunión, celebrada en Mérida, en la que un consultor participó en discusiones con decanos y profesores de las cuatro escuelas de medicina del país sobre los objetivos y contenido del plan de estudios de la carrera de medicina, métodos de enseñanza y administración de escuelas de medicina y se formularon recomendaciones específicas sobre el programa de enseñanza de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central de Venezuela.
(*OPS*)

VENEZUELA-19—Escuela de Salud Pública

Se facilitaron suministros y equipo a la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central de Venezuela. El asesor regional en educación sanitaria visitó la Escuela y prestó servicios de asesoramiento técnico en los planes para añadir un curso de educación sanitaria al plan de estudios.
(*OMS*)

VENEZUELA-24—Servicios de salud pública

Tres consultores visitaron las unidades de salud de Mérida, Ciudad Bolívar y la "región sanitaria" del Estado Yaracuy a fin de evaluar los servicios prestados y proponer recomendaciones para mejoras.
(*OPS*)

VENEZUELA-27—Fomento de servicios públicos de abastecimiento de agua

Un consultor prestó servicios de asesoramiento al Instituto Nacional de Obras Sanitarias (INOS) sobre ciertos aspectos de un plan a largo plazo para la ampliación de los sistemas urbanos de abastecimiento de agua existentes, entre ellos los problemas financieros y la estructura de tarifas de algunos de los sistemas operados por el INOS. También se dieron consejos específicos sobre los problemas técnicos relativos al abastecimiento de agua de Caracas. Asimismo, se facilitaron los servicios de un consultor para estudiar con el INOS sus programas de información y educación del público en materia de abastecimiento de agua. A fines de año se completaron los preparativos para proporcionar extensa colaboración, el año próximo, en un estudio general de los programas nacionales de abastecimiento de agua.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Saneamiento del medio, con atención especial a la ingeniería sanitaria: una beca de tres meses y medio para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OPS/FAPA*)

VENEZUELA-28—Higiene industrial

Se facilitaron durante dos meses los servicios de un consultor en higiene industrial al Departamento de Higiene del Trabajo del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. El consultor hizo un estudio de los problemas actuales y de los recursos disponibles y formuló recomendaciones.
(*Gobierno de Venezuela*)

VENEZUELA-31—Contaminación de ríos y arroyos

Se facilitaron los servicios de un consultor para que durante dos semanas estudiara y discutiera con el Gobierno los problemas y métodos del control de ríos y arroyos contaminados.
(*OPS*)

ZONA DEL CANAL DE PANAMA-1—Erradicación de la malaria

Se completó el tercer ciclo de cobertura total en áreas seleccionadas. El número de casos autóctonos disminuyó de 31, en el segundo ciclo, a 19 en el tercero, mientras que los casos importados, todos ellos procedentes de Panamá, aumentaron de 126 a 164.
(*OPS/FEM*)

AMRO-7—Erradicación del *Aëdes aegypti* (Centro América y Panamá)

Se llevó a cabo la verificación final en El Salvador y Costa Rica. El *A. aegypti* ha sido erradicado de Centro América y Panamá, y sólo falta hacer la declaración oficial relativa a Costa Rica.
(*OMS*)

AMRO-8—Erradicación del *Aëdes aegypti* (Area del Caribe)

Se llevaron a cabo actividades de asesoramiento y supervisión en las áreas británicas, neerlandesas y francesas.
(*OMS/AT*)

AMRO-9.3—Seminario sobre higiene mental (Alcoholismo)

Un consultor a corto plazo visitó varios países con el fin de examinar el problema del alcoholismo con las autoridades nacionales y colaborar en la selección de participantes y documentos para el seminario sobre este problema, que tuvo lugar en Viña del Mar, Chile, del 21 al 26 de noviembre de 1960, con 40 participantes procedentes de 15 países del Hemisferio.

El Seminario recomendó que la OSP establezca un programa de investigación sobre el alcoholismo y los problemas relacionados con el alcohol, programa que tendría su sede en Chile. El Gobierno de este país se encargó de publicar las actas y el informe final del citado Seminario, y la OPS adquirirá el número de copias necesario para su distribución a las organizaciones y grupos de América Latina interesados en este problema.
(*OMS*)

AMRO-10—Programa de enseñanza de bioestadística

El primero de los dos períodos en que está dividido el octavo curso sobre estadísticas de salud y vitales, celebrado en la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, comenzó en marzo y terminó en septiembre. Se concedieron becas para este curso a candidatos procedentes de los siguientes países: Argentina, 8; Bolivia, 2; Costa Rica, 1; Honduras, 1; Nicaragua, 1; Panamá, 1; Paraguay, 1, y Perú, 1. Además se concedió una beca de seis meses y 24 días de duración a un funcionario en adiestramiento de Costa Rica para estudios de estadísticas vitales en Chile, y dos becas de 15 meses a funcionarios en adiestramiento del Brasil para estudiar, también en Chile, administración de salud pública, con especial atención a las estadísticas.
(*OMS/AT*)

AMRO-16—Ayuda a escuelas de salud pública

Se facilitó material de enseñanza a las dos escuelas de salud pública de la Argentina.
(*OMS*)

AMRO-18—Enseñanza de la medicina

Un consultor estudió el programa de enseñanza de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de

Guayaquil, Ecuador, y formuló recomendaciones para su mejoramiento; otro estudió los programas de enseñanza y dio conferencias sobre estadística médica en las facultades de medicina de la Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador y Perú. También se facilitaron servicios de asesoramiento a la Facultad de Ciencias Médicas de Nicaragua sobre la organización del Departamento de Medicina Preventiva. Un consultor visitó varias escuelas de medicina del Brasil a fin de obtener los datos necesarios para completar la encuesta sobre la enseñanza de las ciencias fundamentales en América Latina.

Además, como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Enseñanza de la medicina: una beca de cinco semanas a un candidato del Brasil para estudiar en Chile y Colombia; una de dos semanas a un candidato de Cuba para estudiar en México, y una de tres meses a un candidato de Chile para estudiar en los Estados Unidos de América.

Enseñanza de la medicina, con atención especial a la parasitología: una beca de tres meses y medio a un candidato de Chile para estudiar en el Brasil, Puerto Rico y Estados Unidos de América.

Enseñanza de la medicina, con atención especial a la medicina preventiva: una beca de cinco semanas a un candidato de Venezuela para estudiar en el Brasil, Colombia, El Salvador y Puerto Rico.

Organización de la enseñanza médica: una beca de cuatro meses y medio a un candidato de Chile para estudiar en Europa y en los Estados Unidos de América.
(*OMS*)

AMRO-28—Enseñanza superior de enfermería

Con arreglo a este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Organización de la enseñanza médica: Una beca de 12 meses a una candidata de Chile para cursar estudios en los Estados Unidos de América.

Enseñanza de enfermería: una beca de 12 meses a una candidata de la Argentina para estudiar en los Estados Unidos de América; otra de 11 meses a una becaria de Nicaragua para estudiar en Chile; otra de 11 meses a una becaria de Venezuela para estudiar también en Chile, y otra beca de 12 meses a una candidata del Uruguay para estudiar igualmente en Chile.
(*OMS*)

AMRO-35—Becas (sin especificar)

Con arreglo a este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Zona I

Enseñanza de enfermería: dos becas de dos meses a candidatas de Venezuela para estudiar en el Perú, Chile, Argentina, y Brasil.

Control de las zoonosis: una beca de dos meses a un candidato de Venezuela para estudiar en la Argentina.

Enseñanza de la medicina, con especial atención a la virología: una beca de seis meses a un candidato de Jamaica para estudiar en los Estados Unidos de América.

Control de alimentos: una beca de 16 meses y medio a un candidato de Venezuela para estudiar en los Estados Unidos de América.

Zona II

Educación sanitaria: una beca de 12 meses a un candidato de México para estudiar en los Estados Unidos de América.

Administración de salud pública: una beca de 10 meses y medio a un candidato de Cuba para estudiar en México.

Zona III

Adiestramiento en el control de las zoonosis: una beca de cinco semanas y media a un candidato de Guatemala para estudiar en la Argentina.

Enfermería de salud pública: una beca de 11 meses a una candidata de Guatemala para estudiar en Chile.

Zona IV

Zoonosis: dos becas de cinco semanas a un candidato del Perú y a otro de Colombia para estudiar en la Argentina; y dos de cinco semanas a candidatos del Perú para estudiar también en la Argentina.

Administración de salud pública: una beca de 11 meses y medio a un candidato de Bolivia para estudiar en el Brazil.

Enfermería de salud pública: una beca de 11 meses a una candidata del Perú para estudiar en Chile.

Zona V

Enfermería de salud pública: una beca de un mes a una candidata del Brasil para estudiar en México y Guatemala.

Servicios de laboratorio: una beca de siete semanas a un candidato del Brasil para estudiar en el Perú y Colombia.

Administración de salud pública: una beca de 11 semanas a un candidato del Brasil para estudiar en Colombia, Guatemala, Estados Unidos de América, Puerto Rico y México.

Nutrición: una beca de cinco meses a un candidato del Brasil para estudiar en Guatemala.

Zoonosis: dos becas de tres semanas y media cada una a candidatos del Brasil para estudiar en la Argentina.

Zona VI

Enseñanza de la medicina: una beca de un mes a un candidato de la Argentina para estudiar en Chile.

Zoonosis: una beca de una semana a un candidato de la Argentina para estudiar en dicho país y en Chile.

Enfermería de salud pública: una beca de 11 semanas y

media a una candidata del Uruguay para estudiar en el Brasil.
(*OPS*)

AMRO-45—Servicios de laboratorio

Se facilitaron a numerosos laboratorios cepas de bacterias, hongos, virus y protozoos, patrones para la preparación y ensayo de substancias biológicas, y animales de laboratorio para formar colonias. Un consultor visitó los laboratorios de salud pública de Curazao y Georgetown y formuló recomendaciones para su ampliación y mejoramiento. También se ha facilitado asistencia técnica a muchos laboratorios nacionales y locales en materia de administración, instalaciones, selección de equipo y planificación de edificios. También se ha proporcionado información sobre algunos aspectos específicos, tales como las técnicas de ciertas pruebas de diagnóstico, y de la preparación de antígenos y la elaboración de vacunas y toxoides.

Como parte de este proyecto se concedió además la siguiente beca:

Laboratorios de salud pública: una beca de 12 meses a un candidato de Panamá para estudiar en los Estados Unidos de América.
(*OMS*)

AMRO-46.6—Guía para Escuelas de Enfermería en América Latina

En Paracas, Perú, se reunieron del 3 al 19 de noviembre, 18 enfermeras de 12 países latinoamericanos con las asesoras de la OSP/OMS en enseñanza de enfermería, con el fin de preparar una *Guía para Escuelas de Enfermería en América Latina* para que sea utilizada tanto en el campo de la enseñanza como por las autoridades de salud pública. Estuvieron representados en el Seminario, los siguientes países: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Las discusiones versaron sobre los objetivos, el plan de estudios, el profesorado, las estudiantes, las instalaciones, la organización y el financiamiento de una escuela de enfermería. Se preparó un proyecto de la *Guía* que se está revisando y se espera publicar en junio de 1961.
(*OMS*)

AMRO-47—Erradicación de la frambesia y control de la sífilis (Area del Caribe)

En la Guayana Británica se practicó una encuesta para determinar la extensión del problema de la frambesia, y se preparó un programa de erradicación.

En Jamaica, las autoridades de salud pública emprendieron una encuesta para conocer mejor el problema de la frambesia en la isla antes de iniciar un programa de erradicación.

En Santa Lucía, donde han aparecido nuevos focos de frambesia, se está preparando un nuevo plan de lucha contra esa enfermedad.

En julio de 1960 se terminó en Trinidad la última fase del programa de erradicación de la frambesia.

Por otra parte, las autoridades de salud pública de Jamaica han preparado un programa para el control de la sífilis y de la blenorragia en determinadas zonas de la isla.

Los laboratorios del Area del Caribe han perfeccionado sus técnicas para el diagnóstico serológico de la sífilis.
(*OPS, OEA/PCT*) (*UNICEF*)

AMRO-54[a]—Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

Prosiguieron las actividades de los programas de investigaciones y de nutrición aplicada; la Escuela de Nutricionistas y Dietistas del INCAP comenzó a funcionar en 1960, y se dieron cursos especiales para personal de salud pública. La citada Escuela ha representado una considerable ayuda, no sólo para los países miembros del INCAP, sino también para otros países de la Región.

Se llevaron a cabo estudios sobre los aspectos económicos y comerciales de la INCAPARINA, a fin de determinar la mejor manera de hacerla llegar al público. Son varios los países de la Región que han mostrado gran interés por mezclas similares a la INCAPARINA, y la OSP ha venido aportando su colaboración cuando así se ha solicitado de ella.
(*OPS*)

AMRO-57—Estudios sobre la fiebre amarilla

Para los detalles sobre la labor realizada en 1960 de acuerdo con este proyecto, véase Colombia-52 y Brasil-51.
(*OPS*) (*Laboratorio Gorgas*)

---

[a] Subvenciones recibidas, en 1960, de:
Fundación para la Nutrición, Inc. (EUA)
Fondo Williams-Waterman de la Corporación de Investigaciones (EUA)
Miller's National Federation
Fundación W. K. Kellogg
E. I. du Pont de Nemours and Co.
United Fruit Company
Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América—Institutos Nacionales de Higiene
Consejo Nacional de Investigaciones (EUA)
Comité Nacional de Carnes y Ganado (EUA)
Comité Interdepartamental sobre Nutrición para la Defensa Nacional (EUA)
The Lilly Research Laboratories
Westreco, Inc. (Unilac, Inc.) (EUA)
Parke, Davis and Company
Centro Experimental Agrícola (Guatemala)
The Quaker Oats Company
Fundación Rockefeller

AMRO-60—Erradicación de la viruela

Se proporcionó asistencia técnica a los países en la producción de vacuna antivariólica desecada. Un consultor visitó el laboratorio de producción de vacuna establecido en el Ecuador. Por otra parte, un laboratorio de referencia de la OMS efectuó pruebas de actividad e inocuidad de ocho lotes diferentes de vacuna enviados por varios países.
(*OPS*)

AMRO-61[a]—Control de la rabia

Los asesores en veterinaria de salud pública de las Zonas facilitaron servicios de asesoramiento técnico sobre programas de control de la rabia. Atendiendo a solicitudes específicas, se facilitaron cepas de virus de la rabia destinadas a la producción y la comprobación, y se efectuaron pruebas de referencia de vacunas antirrábicas producidas en diversos países. También se proporcionaron servicios de asesoramiento técnico, así como vacunas y otros suministros, en relación con un grave brote de rabia ocurrido en un área que abarcó la parte septentrional de Baja California, México, y la parte meridional de California, EUA.
(*OMS*) (*INH*)

AMRO-67—Enseñanza de salud pública en las escuelas de medicina veterinaria

Aunque se hicieron los preparativos necesarios para enviar un consultor a corto plazo a la Escuela de Medicina Veterinaria del Perú, con el fin de reformar el plan de estudios, los cambios habidos en la administración de la Escuela obligaron a aplazar este plan hasta 1961. Se facilitaron numerosos medios auxiliares de enseñanza para el curso sobre salud pública a las escuelas de veterinaria de la Región. También se prepararon dos documentos sobre la enseñanza de veterinaria en las Américas para la Reunión Internacional de la FAO sobre este asunto, celebrada en Londres, Inglaterra.
(*OMS*)

AMRO-72—Higiene dental

Se prestaron servicios de asesoramiento a los Gobiernos de Haití y El Salvador en relación con la organización de sus respectivos servicios de higiene dental. Se concedieron cinco becas a largo plazo y otras cinco a corto plazo, para recibir adiestramiento en odontología de salud pública en la Universidad de São Paulo a dentistas de los siguientes países: Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, México, Uruguay y Venezuela.

Además, como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Odontología de salud pública: dos becas de 11 semanas a un candidato de Chile y otro de México para estudiar en el Brasil; cinco de 10 meses a candidatos del Ecuador, Perú, Bolivia, Argentina y El Salvador, para estudiar en el Brasil; una de 15 meses a un candidato de México para estudiar asimismo en el Brasil; y tres de 11 meses y medio a un candidato del Paraguay y otros dos de Cuba para estudiar también en el Brasil.
(*OPS*) (*FK*)

AMRO-74—Investigación sobre la peste

Un consultor pasó seis semanas en el Perú realizando una investigación epidemiológica de un brote de peste que ocurrió en la zona fronteriza entre el Perú y Ecuador.
(*OPS*)

AMRO-76—Pruebas de vacuna

Se han efectuado pruebas de vacunas preparadas en los laboratorios nacionales de varios países. En un laboratorio de referencia que recibe la ayuda de la Organización se han llevado a cabo pruebas de la actividad, inocuidad y esterilidad de 35 muestras de vacunas y toxoides enviadas por cinco países de la Región.
(*OMS*)

AMRO-77—Centro Panamericano de Fiebre Aftosa

En sus actividades de investigación, el Centro dedicó especial atención al desarrollo de una vacuna de virus vivo modificado. Pero en esta labor, lo mismo que en otros estudios, se tropieza con la dificultad de la falta de establos de aislamiento y otras instalaciones de laboratorio; no han terminado todavía las obras de construcción que inició el Gobierno del Brasil en 1958. El Centro ha establecido programas de investigación en colaboración con laboratorios de fiebre aftosa de Venezuela y Brasil. Se realizaron estudios encaminados a mejorar los métodos de producción de vacuna de virus muerto, y se ha facilitado adiestramiento en este campo. Continuaron los trabajos sobre el desarrollo de una prueba de laboratorio para comprobar la inocuidad y actividad de las vacunas. El personal del Centro preparó durante el año diez publicaciones científicas.

En 1960 el Centro llevó a cabo dos cursos de adiestramiento: uno para 11 estudiantes procedentes de áreas del Caribe que se hallan libres de la enfermedad, y otro para 21 estudiantes de Sudamérica. Además, estudiaron en el Centro siete becarios a largo plazo, procedentes de la Argentina, Brasil, Colombia y México.

El Centro recibió unas 500 muestras de virus para su examen, y 3,980 muestras de suero para el correspondiente estudio. Se enviaron cepas de virus y antisueros a los países que lo solicitaron. El Centro colaboró con el Labora-

[a] Saldo de la subvención recibida en 1959 de la Unión Ganadera Nacional de Chihuahua (México).

torio Mundial de Referencia para la Fiebre Aftosa, de Pirbright, Gran Bretaña, en el estudio e identificación de subtipos de virus de Sudamérica. Se efectuaron visitas a todos los países de la Región para facilitar servicios consultivos sobre el terreno.

El Centro se mantuvo estrechamente relacionado con algunas de las principales actividades de los programas de control de la fiebre aftosa en Sudamérica. Funcionarios de Colombia, Ecuador, Panamá y Venezuela se reunieron a fin de planear un programa coordinado para la zona, al que el Centro proporcionará los servicios de un consultor a tiempo completo. Perú preparó un programa para mejorar la producción de vacuna, y se hicieron los preparativos necesarios para que el Centro proporcionara los servicios de un consultor a Bolivia, Ecuador y Perú. Argentina comenzó una campaña contra la fiebre aftosa, para la que se presupuestaron 500 millones de pesos argentinos y para la cual aportó el Centro los servicios de un consultor. En Chile y Uruguay se han establecido comisiones especiales encargadas de estudiar los medios de emprender campañas similares.

Como parte de este proyecto se concedieron también las siguientes becas:

Virología: una beca de dos meses a un candidato de la Argentina para estudiar en el Brasil.

Servicios de laboratorio: una beca de tres meses y dos semanas a un candidato del Brasil para estudiar en el mismo país.

Veterinaria de salud pública: dos becas de tres meses a candidatos de Colombia para estudiar en el Brasil; otra de tres meses a un candidato de la Argentina para estudiar también en el Brasil, y una de seis semanas a un candidato de Panamá para estudiar en Venezuela y Colombia.

XIII Curso de adiestramiento sobre fiebre aftosa: once becas de dos semanas a dos candidatos de Jamaica, dos de Puerto Rico y uno de las Islas Bahamas, Curazao, Guayana Británica, Guayana Francesa, Martinica, Surinam y Trinidad.

XIV Curso de adiestramiento sobre fiebre aftosa: seis becas de cuatro semanas a candidatos de la Argentina, Chile, Perú y Venezuela, y diez de una semana a candidatos de la Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

(OEA/PCT)

AMRO-81[a]—Centro Panamericano de Zoonosis (Argentina)

El Centro continuó ampliando sus actividades en materia de investigaciones, enseñanza y prestación de servicios técnicos. Se terminaron o continuaron los estudios emprendidos sobre el ántrax, la hidatidosis, la brucelosis, la triquinosis, la leptospirosis y la salmonelosis. Se prestó colaboración a varias instituciones nacionales de la Argentina, Chile, Perú y Uruguay, en relación con encuestas serológicas sobre la fiebre Q. El Centro está formando una colonia de animales de laboratorio, utilizando sólo equipo y materiales adquiridos localmente; en América Latina no se producen, en escala comercial, equipo y suministros para esta clase de colonias. Se celebró un curso general sobre el control de las zoonosis, al que asistieron 15 becarios procedentes de ocho países, y se proporcionó adiestramiento individual a cinco estudiantes especiales. Tres becarios enviados por un largo período prosiguieron durante el año sus estudios en el Centro. Se atendieron numerosas solicitudes de información técnica. Se llevaron a cabo demostraciones de campo sobre la rabia, el ántrax, la brucelosis, la tuberculosis y la leptospirosis. Se facilitaron cepas estándar y especiales de varios productos biológicos, así como muestras de antígenos a varios países que las solicitaron. Se recibieron en el Centro vacunas y antígenos para efectuar los ensayos pertinentes. Durante el período del 1° de enero al 30 de noviembre ascendieron a 8,522 los especímenes enviados por los países para su examen.

(OPS, OMS/AT, OEA/PCT) *(FAO)*

AMRO-85—Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades

El primer curso dado en inglés sobre la clasificación de las causas de defunción, tuvo lugar en Jamaica en el mes de agosto, y asistieron al mismo 19 estadísticos procedentes de territorios británicos y neerlandeses. En un segundo curso, celebrado en la Argentina en 1960, participaron 25 alumnos de dicho país y 3 del Paraguay. En doce cursos sobre la clasificación de causas de defunción han recibido adiestramiento 241 personas.

Otro importante aspecto de la labor realizada fue la adaptación y traducción al español de la *International Classification of Diseases Adapted for Indexing of Hospital Records and Operation Classification.*

Por decisión del Ministro de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, el cargo de Director del Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades pasó a ser, el 16 de septiembre de 1960, un puesto a tiempo completo.

(OMS)

AMRO-86—Estadísticas de salud (Zona III)

Se continuó proporcionando servicios consultivos en esta materia a los servicios de salud pública de los países

[a] Subvenciones recibidas, en 1960, de:
Gobierno de la Argentina
Cyanamid International
E. R. Squibb and Sons
Fundación Rockefeller
Industrias Kaiser Argentina, S.A.
Comisión Nacional de Administración del Fondo de Apoyo al Desarrollo Económico (Argentina)
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Argentina)

de la Zona III. Se prestó colaboración a Costa Rica para reorganizar los servicios estadísticos de las distintas oficinas del Departamento de Bioestadística y se estableció un procedimiento para la tabulación de los datos de esta naturaleza de las unidades sanitarias. En Honduras y Nicaragua prosiguió la labor para organizar los sistemas de notificación estadística. También se facilitó colaboración a Panamá y El Salvador.
(OMS)

AMRO-88—Erradicación del *Aëdes aegypti*

Se prestaron servicios de asesoramiento técnico a los Gobiernos y a una serie de proyectos de erradicación de este vector.
(OPS)

AMRO-90—Servicios de asesoramiento técnico sobre malaria (Interzonas)

Un entomólogo, un parasitólogo médico y un asesor en administración y conservación de vehículos de motor, prestaron servicios de asesoramiento técnico a los programas de los países de todo el Hemisferio. Un oficial médico colaboró en el programa del Ecuador, otro en el de Haití, y un ingeniero sanitario en el programa Colombia-5.
(OPS/FEM)

AMRO-92—Poliomielitis

El asesor regional coordinó las actividades de la OPS en materia de poliomielitis, especialmente en relación con los programas de inmunización con vacunas de virus vivo y la Segunda Conferencia internacional sobre esta cuestión. En noviembre, el asesor visitó São Paulo, Brasil, durante una epidemia de poliomielitis debida a virus de tipo 1, y colaboró con las autoridades estatales de salud en el establecimiento de un programa de demostración de la vacunación por vía oral que se proyectaba iniciar en la ciudad de São Paulo en mayo de 1961. El programa tiene por objeto familiarizar a las autoridades de salud con este nuevo método para prevenir futuras epidemias de poliomielitis.

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Servicios de laboratorio: una beca de seis semanas a un candidato del Ecuador para estudiar en Colombia.
(OPS) *(FEK)*

AMRO-93—Educación sanitaria (Zona II)

En 1960, el consultor prestó servicios de asesoramiento a todos los países de la Zona, particularmente en materia de adiestramiento en educación sanitaria. En México, el educador sanitario colaboró en los cursos organizados por la Escuela de Salud Pública, así como en los cursillos celebrados como parte de los programas de control de la lepra y de la tuberculosis en dicho país. También participó en la realización de estudios sobre los servicios de educación sanitaria en algunos de los nueve Estados comprendidos en el programa de servicios integrados de salud pública. En Cuba, la colaboración se concentró en la preparación de las actividades de un consultor asignado por la Organización y en la elaboración de planes de educación sanitaria para programas específicos, tales como los de erradicación de la malaria y saneamiento del medio. En la República Dominicana y Haití se facilitaron servicios directos en la preparación y realización de la parte relativa a educación sanitaria de los programas de adiestramiento para enfermeras y personal auxiliar de saneamiento. Debido a que varios países de la Zona no cuentan a nivel nacional, con personal debidamente preparado en educación sanitaria, el consultor tuvo que prestar con frecuencia servicios de asesoramiento al personal de los servicios nacionales y locales de salud pública, así como al de la OSP/OMS que trabaja en varios proyectos en los citados países.
(OMS)

AMRO-94—Enfermedades diarreicas en la infancia

Un bacteriólogo y un estadístico continuaron los estudios, que se vienen llevando a cabo en el INCAP, sobre la correlación entre las enfermedades diarreicas y la nutrición.
(OPS)

AMRO-95—Saneamiento del medio (Area del Caribe)

El ingeniero sanitario continuó colaborando en las actividades relativas al abastecimiento de agua, alcantarillado y saneamiento rural en las islas comprendidas en este proyecto. Dos sanitarios, con destino en Trinidad y Barbada, respectivamente, prestaron sus servicios en proyectos de saneamiento rural que se realizan con la cooperación del UNICEF. Se facilitaron servicios de asesoramiento a Granada sobre problemas de abastecimiento de agua y alcantarillado. Los programas rurales de instalación de letrinas en Santa Lucía, San Vicente, San Cristóbal y Trinidad prosiguieron de acuerdo con el plan establecido; en Barbada, algunas dificultades limitaron la ejecución del programa. Se inició la preparación de un programa de saneamiento en la Guayana Británica. Se efectuó una encuesta y se preparó un informe sobre saneamiento en las Antillas Neerlandesas.
(OPS, OMS/AT) *(UNICEF)*

AMRO-100—Curso de adiestramiento en administración y supervisión de enfermería

Este curso se celebró en Buenos Aires, del 2 de mayo al 28 de octubre, con la participación de 25 enfermeras, de

las cuales recibieron becas 19, que procedían de los siguientes países: Argentina, 9; Bolivia, 3; Paraguay, 4; y Uruguay, 3. Un resultado importante de este proyecto fue el adiestramiento, a cargo de la consultora, de seis enfermeras argentinas para que actuaran como instructoras en el mencionado curso.
(*OMS*)

AMRO-108—Saneamiento de los centros turísticos

Quedó terminado y fue entregado al Servicio Interamericano de Turismo de la Unión Panamericana el *Manual de normas de saneamiento recomendadas para establecimientos turísticos*, que ha sido publicado por la UP en inglés y en español. La OPS lo ha distribuido a todos los Ministerios de Salud de Mesoamérica y América del Sur, y ha ofrecido también, por conducto del personal de las Zonas y de campo, su colaboración a los Gobiernos en cualquier programa o actividad encaminados a mejorar el saneamiento de los centros turísticos.
(*OPS*)

AMRO-110—Prevención de la tuberculosis

Se facilitó asesoramiento a varios países sobre los métodos de control de la tuberculosis. Se prepararon los planes preliminares de las encuestas sobre la prevalencia de la enfermedad en la Argentina, México y Perú.
(*OMS*)

AMRO-112—Centro de adiestramiento en el desarrollo de la colectividad

Se colaboró en el curso de educación fundamental celebrado en 1960. El consultor cooperó también en la planificación del curso que se celebrará en 1961, año en que el Centro Regional de Educación Fundamental para la América Latina (CREFAL) va a convertirse en Centro de adiestramiento en el desarrollo de la colectividad. El consultor dedicó en 1960 una parte considerable de su tiempo a examinar los recursos humanos y materiales disponibles en el área del CREFAL con el objeto de planear un programa de adiestramiento en salud adaptado a la situación existente en los países de los estudiantes. Se llegó a los oportunos acuerdos con las autoridades nacionales, estatales y locales de salud de México respecto a su colaboración en el programa de adiestramiento. El consultor trabajó también con el personal nacional e internacional del CREFAL para determinar los métodos de adiestramiento, establecer criterios para la selección de los individuos que han de recibir adiestramiento y planear un sistema de contratación de personal más eficaz. También se estableció un sistema de intercambio de información entre el Centro y las autoridades de salud pública de los países a los que presta servicios la Organización. Se espera que este sistema permitirá desarrollar un curso de adiestramiento adaptado a las necesidades de cada país en materia de salud.
(*OMS*) (*UNESCO, OIT, FAO, NU, OEA*)

AMRO-114—Centro de adiestramiento en erradicación de la malaria (México)

Con una subvención concedida a la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo de México, se celebraron tres cursos: dos para médicos e ingenieros, y otro para sanitarios, recibiendo adiestramiento durante el año 86 participantes. El programa México-53 se utiliza para facilitar adiestramiento y experiencia sobre el terreno.
(*OPS/FEM*)

AMRO-117—Servicios de asesoramiento técnico sobre malaria (Zona I)

Un grupo de consultores a tiempo completo, asignado a la Oficina de Zona, facilitó servicios de asesoramiento técnico a los países y otras áreas de la Zona I.
(*OPS/FEM*)

AMRO-118—Servicios de asesoramiento técnico sobre malaria (Zona III)

Un grupo de consultores a tiempo completo, asignado a la Oficina de Zona, facilitó servicios de asesoramiento técnico a Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.
(*OPS/FEM*)

AMRO-119—Servicios de asesoramiento técnico sobre malaria (Zona IV)

Un grupo de consultores a tiempo completo, asignado a la Oficina de Zona, facilitó servicios de asesoramiento técnico a Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.
(*OPS/FEM*)

AMRO-121—Grupos de evaluación de la erradicación de la malaria

Se estimó que era necesario introducir ciertos cambios en la metodología aplicada, teniendo en cuenta lo que es factible realizar en un extenso país con problemas complejos. La experiencia obtenida será de utilidad en todos los programas de erradicación y en la labor futura de certificación. La dimisión del jefe del grupo encargado de la evaluación y certificación de las áreas de malaria erradicada, dio lugar a la disolución del mismo antes de que se completara el proyecto de Venezuela.
(*OPS/FEM*)

AMRO-122—Investigaciones y desarrollo de equipo de aplicación de insecticidas

Se llevaron a cabo en El Salvador pruebas de campo de un nuevo modelo de rociadores.
(*OPS/FEM*)

AMRO-134—Centro de adiestramiento en la erradicación de la malaria (Kingston, Jamaica)

Este Centro, que funciona bajo los auspicios del Gobierno de Jamaica, la ICA y la OSP, facilitó adiestramiento durante el año a funcionarios principales, muchos de ellos destinados a puestos de la OMS en otras Regiones del mundo. El curso abarcó las siguientes materias: estadística, entomología, parasitología, operaciones de rociamiento, epidemiología y administración. El programa de erradicación de la malaria de Jamaica se utiliza para facilitar adiestramiento y experiencia sobre el terreno.
(*OPS/FEM*) (*ICA*)

AMRO-135—Adiestramiento en erradicación de la malaria

Debido a la escasez de trabajadores expertos para la erradicación de la malaria en las Américas, la Organización ha tenido que adiestrar a miembros de su personal en las técnicas de dicha erradicación, con el objeto de poder cumplir las funciones de asesoramiento técnico que le corresponden en este campo. En 1960 se adiestraron, de acuerdo con este proyecto, un médico, un estadístico y tres sanitarios.
(*OPS/FEM*)

AMRO-137—Centro de adiestramiento en la erradicación de la malaria (São Paulo)

Se concedió una subvención a la Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo para la preparación de personal en entomología médica. Además del personal local, recibieron adiestramiento durante el año ocho entomólogos de los programas de erradicación de la malaria de Bolivia, Colombia, México y Perú.
(*OPS/FEM*)

AMRO-139—Servicios de asesoramiento técnico sobre malaria (Zonas V y VI)

Se facilitaron servicios de asesoramiento técnico, por medio de la Oficina de Zona, a la Argentina, Brasil y Paraguay.
(*OPS/FEM*)

AMRO-141—Educación sanitaria (Zona III)

Este proyecto se inició en el mes de mayo. Un consultor colaboró con el personal de educación sanitaria del Ministerio de Salubridad Pública de Costa Rica en la revisión de las necesidades y recursos en esta materia, dentro y fuera del Ministerio. Inicialmente, se realizó un estudio de los aspectos de educación sanitaria en los diversos servicios de salud pública: higiene maternoinfantil, enfermería, saneamiento del medio, nutrición, administración de salud pública, atención hospitalaria y control de enfermedades transmisibles y crónicas. Luego se procedió a un estudio de las actividades de educación sanitaria llevadas a cabo en los servicios de extensión agrícola, vivienda urbana y rural, programas de seguro social, asociaciones benéficas privadas, escuelas de enfermería y escuelas públicas.

A base del resultado de estos estudios, el Ministerio preparó planes a largo plazo para el fortalecimiento y expansión de la educación sanitaria en Costa Rica, incluso mediante la celebración de cursillos y el adiestramiento del personal de salud pública durante el servicio. También se elaboraron planes para la preparación del personal de otros organismos en colaboración con los funcionarios de los mismos encargados de estas actividades. En los planes se prevé la preparación del personal de educación sanitaria necesario para los futuros programas de salud. Se dedicará especial atención al adiestramiento de maestros de escuela en esta materia, así como a su inclusión en los programas de formación de los estudiantes de magisterio.
(*OMS*)

AMRO-142—Aspectos sanitarios de las radiaciones

Con arreglo a este proyecto se adjudicó la siguiente beca:

Isótopos radiactivos: una beca de tres meses y una semana a un candidato de Venezuela para estudiar en Puerto Rico.
(*OPS*)

AMRO-143—Estadísticas de salud (Zona IV)

El consultor en estadística asignado a la Zona IV en el mes de julio, prestó colaboración a la División de Bioestadística que, organizada bajo los auspicios del SCISP, funciona con personal debidamente adiestrado, y a nivel elevado, en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú. El mismo consultor prestó servicios de asesoramiento en Colombia acerca de una nueva sección de estadística en la Oficina de Planificación, Coordinación y Evaluación del Ministerio de Salud Pública, así como sobre cursos de bioestadística en la Escuela de Salud Pública de Bogotá, y sobre la enseñanza de estadística médica en las siete facultades de medicina del país.
(*OMS*)

AMRO-148—Laboratorio de elaboración de productos biológicos (Zona III)

Se llevó a cabo una encuesta sobre las actuales necesidades y recursos actuales de cada uno de los países de la Zona respecto a la producción de substancias biológicas para uso en el hombre y en los animales.

Como parte de este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Control de productos biológicos: una beca de 12 meses

a un candidato de Nicaragua para estudiar en la Argentina, Chile, Paraguay y Perú, y una de siete semanas a un candidato de Guatemala para estudiar en Chile.
(*OPS*)

AMRO-149—Control de la lepra

Un consultor realizó estudios del estado actual del problema de la lepra en Bolivia, Ecuador y Perú, y al mismo tiempo formuló recomendaciones sobre la mejor forma de desarrollar programas de control de la enfermedad en esos tres países.
(*OMS*)

AMRO-150—Servicios de alimentos y drogas

Se preparó un plan de operaciones para una encuesta en este campo, país por país, y se realizaron intensas gestiones para contratar dos técnicos altamente calificados en la materia. Desgraciadamente, la escasez mundial de personal en esta especialidad plantea muchas dificultades para su contratación.
(*OPS*)

AMRO-151—Seminario sobre la enseñanza de ingeniería sanitaria en las escuelas de ingenieros

Un consultor a corto plazo visitó las escuelas de ingeniería en determinadas ciudades de la América Latina, como preparación de las visitas que efectuaron los ingenieros de las Zonas a todas las escuelas. Se están reuniendo datos sobre las instalaciones, planes de estudios, personal de las escuelas y estudiantes matriculados, que servirán de base para celebrar un seminario sobre la enseñanza de la ingeniería sanitaria en las escuelas de ingenieros, organizado para julio de 1961.
(*OMS*)

AMRO-155—Control de la esquistosomiasis

Se facilitaron a Venezuela los servicios de un consultor especial, durante tres meses, para que prestara asesoramiento sobre el programa nacional contra la esquistosomiasis.
(*OPS*)

AMRO-156—Programa de adiestramiento en estadísticas de hospitales

En el curso del año se adelantó en los trabajos relativos a este proyecto. Dado el gran interés que se observa en la Argentina por la administración de hospitales, así como por los registros y estadísticas de los mismos, se iniciará en el citado país el adiestramiento de personal encargado de esa labor. Un especialista en archivos médicos asesorará sobre la organización de centros de demostración.

Entre las personas interesadas en la materia se distribuyó el informe del Grupo de Estudio de la Escuela de Salud Pública para Posgraduados, de la Universidad de Pittsburgo, sobre las funciones y formación del personal encargado de los registros médicos.
(*OPS*)

AMRO-157—Estadísticas de salud (Zona I)

La conferencia anual de directores de los servicios médicos de los territorios de habla inglesa ofreció al consultor la oportunidad de demostrar el valor que representan unos buenos registros y estadísticas médicos, así como de examinar las deficiencias existentes y las posibilidades de mejorar la situación. Al acabar la conferencia se realizaron visitas a determinados territorios, y se formularon recomendaciones a los respectivos Gobiernos en relación con las estadísticas vitales y de hospitales. Se iniciaron estudios sobre el posible empleo de los registros de clínicas y centros de salud para obtener estadísticas sobre la morbilidad general y la situación en materia de cuidados de la salud. Se celebró un curso sobre clasificación, organizado conjuntamente por la OPS y el Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades, al que asistieron estudiantes de 14 territorios. Se facilitó asistencia técnica en materia de estadística en relación con el programa de erradicación de la malaria en Jamaica, así como con respecto a otros proyectos, como, por ejemplo, un estudio sobre las causas sociales y médicas de la mortalidad infantil.
(*OPS*)

AMRO-159—Estadísticas de salud (Zona VI)

Desde que en 1960 se asignó un consultor de estadística a este proyecto, ha habido una gran demanda de servicios de asistencia técnica por parte de los países de la Zona. Muy amplio era el campo de actividades que había que abarcar en la Argentina y Paraguay, en donde eran muy necesarios los servicios del consultor. En la Argentina se adoptaron las medidas oportunas para evaluar los sistemas de estadística que se emplean en el país. Los servicios de estadística del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública fueron fortalecidos a nivel nacional, así como en algunas provincias, especialmente en la de Buenos Aires, donde se inició un programa integrado de estadísticas vitales y se firmó un acuerdo con el fin de establecer una zona de demostración para el país. Se fomentó la certificación médica de las defunciones, el empleo de normas y definiciones internacionales y el establecimiento de métodos y procedimientos mejores para las estadísticas vitales. Se facilitaron servicios de asesoramiento y se formularon recomendaciones sobre la adopción de sistemas adecuados de estadísticas de morbilidad y de enfermedades de notificación obligatoria. En el Instituto Nacional de Microbiología y en la Facultad de Medicina de Buenos Aires se dieron dos cursos sobre métodos estadísticos en

las investigaciones médicas, a los que asistieron 70 médicos y bacteriólogos. También se dio un curso sobre clasificación de enfermedades en el Centro Latinoamericano de esta especialidad, al que asistieron 29 estudiantes: 26 de la Argentina y 3 del Paraguay. Se colaboró con las autoridades de salud en la tarea de utilizar los resultados del censo nacional al planear y formular los programas de los servicios de salud. Ante la urgente necesidad de disponer de personal adiestrado en el campo de la estadística, se elaboraron los planes para organizar en la Argentina, en 1961, cursos para el personal de categoría intermedia y auxiliar. También se comenzará en 1961 a organizar zonas de demostración, y se iniciará asimismo el adiestramiento de personal en materia de registros y estadísticas de hospitales.
(*OPS*)

AMRO-163—Epidemiología (Zona VI)

Las funciones del consultor en epidemiología, en 1960, fueron las siguientes: 1) fomentar el desarrollo de programas de erradicación y de control de las enfermedades transmisibles; 2) asesorar sobre los nuevos métodos y técnicas de control; 3) coordinar los programas de erradicación y de control de las enfermedades cuarentenables, en los países de la Zona; 4) fomentar el mejoramiento de las notificaciones de enfermedades transmisibles, y 5) asesorar sobre todos los problemas relacionados con la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.
(*OPS*)

AMRO-165—Servicios de asesoramiento en nutrición (Interzonas)

En vista del interés cada vez mayor demostrado por los Gobiernos en los programas de nutrición aplicada, se intensificó la colaboración de la OSP en este campo. Se nombró un asesor regional en nutrición, cargo que anteriormente desempeñaba también el Director del INCAP. Además, se designaron dos asesores en nutrición para prestar servicios en las Zonas I, II y III. El asesor en educación en nutrición, asignado al INCAP, se hizo cargo de la organización del centro de adiestramiento mencionado en el programa AMRO-54.
(*OPS*)

AMRO-178—Veterinaria de salud pública (Zona II)

El asesor en veterinaria en salud pública proporcionó servicios de consulta y asistencia técnica a los servicios nacionales de salud de la Zona, principalmente en materia de control de las zoonosis e higiene de los alimentos. También se facilitó asesoramiento sobre servicios de laboratorio y administración de salud pública. Aunque la mayor parte de la labor se llevó a cabo con los servicios de salud, se prestó asimismo colaboración, en la medida necesaria, a los de agricultura e instituciones docentes.
(*OPS*)

AMRO-179—Veterinaria de salud pública (Zona IV)

El asesor en veterinaria de salud pública proporcionó servicios de consulta y asistencia técnica a los servicios de salud de la Zona, en materia de control de las zoonosis, e higiene de los alimentos. También se facilitó asesoramiento sobre servicios de laboratorio y administración de salud pública. Aunque la mayor parte de la labor se llevó a cabo con los servicios de salud, se prestó asimismo colaboración, en la medida necesaria, a los de agricultura e instituciones docentes.
(*OPS*)

AMRO-181—Estudios sobre vacunas de virus vivo contra la poliomielitis

El programa de vacunación en escala nacional en Costa Rica quedó completado en 1960. El 31 de octubre se había administrado vacuna Lederle de virus vivo contra la poliomielitis a 305,959 niños menores de 11 años; 120,327 recibieron los tres tipos de virus en forma de vacuna monovalente y 185,632 en vacuna trivalente. Esto representa que se vacunó aproximadamente al 80% de los niños comprendidos, el 31 de diciembre de 1959, en el grupo de edad seleccionado. La tasa de ataque de la enfermedad por 100,000 habitantes, correspondiente al período de marzo de 1959 a octubre de 1960, fue de 6.5 en el grupo vacunado y de 62.7 en el no vacunado. En Colombia, 225,771 niños menores de cinco años—aproximadamente el 90% de este grupo de edad—recibieron durante el año una dosis de vacuna trivalente Lederle en Bogotá, Envigado, Cúcuta, Sogamoso, Zipaquirá y Barranquilla. Durante el período de observación, que se prolongó hasta tres meses después de terminado el programa, no se registraron reacciones adversas a la vacuna.
(*OPS*) (*American Cyanamid Company*)

AMRO-187—Fomento de sistemas públicos de abastecimiento de agua

Un consultor a corto plazo visitó México, Guatemala, Colombia, Perú y Chile para tratar del sistema empleado actualmente para las tarifas de agua, y asesorar acerca de problemas específicos concernientes al diseño del sistema de abastecimiento de agua presentado por los ingenieros locales.
(*OPS*)

AMRO-188—Veterinaria de salud pública (Zona III)

El asesor en veterinaria de salud pública proporcionó servicios de consulta y asistencia técnica a los servicios nacionales de salud de la Zona, en materia de control de

las zoonosis e higiene de los alimentos, así como sobre servicios de laboratorio y administración de salud pública. Aunque la mayor parte de la labor se llevó a cabo con los servicios de salud, se prestó asimismo colaboración, en la medida necesaria, a los de agricultura e instituciones docentes.
(*OMS*)

AMRO-189—Veterinaria de salud pública (Zona V)

Se proporcionó asesoramiento y asistencia técnica a los servicios nacionales de salud, en materia de control de las zoonosis, higiene de los alimentos, servicios de laboratorio y administración de salud pública. También se prestó colaboración, en la medida necesaria, a los servicios de agricultura e instituciones docentes.
(*OMS*)

AMRO-191—Salud pública—Becas

Con arreglo a este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Higiene maternoinfantil: tres becas de siete semanas a candidatos de la Argentina, Chile y México para estudiar en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.
(*OMS*)

AMRO-196—Grupos encargados de las pruebas de insecticidas

Se mantuvo estrecha cooperación con el UNICEF, que continuó suministrando insecticidas y equipo para la mayor parte de los programas de erradicación de la malaria, así como con la ICA, que colaboró activamente en siete programas en los países y en el Centro de Adiestramiento en Erradicación de la Malaria, de Kingston, Jamaica. La Fundación Rockefeller facilitó los servicios de un miembro de su personal para dirigir las investigaciones y los estudios de campo sobre los problemas técnicos planteados en materia de epidemiología y entomología. La Oficina colaboró con la OMS en la formulación de un plan coordinado de alcance mundial para resolver el problema de la resistencia a los insecticidas, en cooperación con el Servicio de Salud Pública y la Secretaría de Agricultura de los Estados Unidos de América. Los grupos encargados de las pruebas de insecticidas, seleccionarán dos áreas para llevar a cabo la última fase (pruebas sobre el terreno) de este programa. El USPHS facilitó servicios de consulta sobre insecticidas y quimioterapia, así como conferenciantes para el Centro de Adiestramiento en Erradicación de la Malaria, de Kingston.
(*OPS/FEM*)

AMRO-197—Investigaciones sobre la resistencia de los anofelinos a los insecticidas

Se concedió una subvención a la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins para el mantenimiento de colonias de anofelinos susceptibles y resistentes. Se están llevando a cabo estudios básicos sobre la genética de esas cepas. Las colonias están a disposición de los investigadores de otros centros científicos.
(*OPS/FEM*) (*Universidad Johns Hopkins*)

AMRO-198—Métodos y procedimientos administrativos en salud pública

Se siguió concediendo considerable importancia, en las actividades de la Organización al programa de colaboración con los Gobiernos Miembros de la OPS para mejorar la administración de sus servicios de salud. Un funcionario de la División de Administración celebró consultas con las autoridades nacionales de salud pública de los países de América Central y del Sur, principalmente de las Zonas III y VI, a fin de formular planes para atender sus necesidades en materia de administración.

En San José, Costa Rica, se celebró del 14 al 25 de noviembre de 1960 un seminario sobre administración y organización de los servicios de salud pública en Centro América y Panamá, que contó también con la cooperación de la Oficina de Administración Pública de las Naciones Unidas y la Escuela Superior de Administración Pública de América Central. Asistieron a dicho seminario los directores generales y los jefes de administración de los citados servicios en los países que integran la Zona III, el Viceministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública de Panamá, así como especialistas técnicos de las organizaciones internacionales que cooperan en estas actividades.
(*OPS*) (*NU*)

AMRO-200.2—Segunda Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomielitis

Bajo los auspicios de la OPS/OMS, y una vez más con la cooperación financiera de la Fundación "Sister Elizabeth Kenny", del 6 al 10 de junio tuvo lugar en Washington, D.C., la Segunda Conferencia Internacional de Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomielitis, con el fin de evaluar la nueva información adquirida por medio de los estudios sobre las propiedades de los virus poliomielíticos vivos atenuados y de las amplias investigaciones de campo realizadas sobre el empleo de aquellos virus como agentes inmunizantes. Se presentaron en ella 45 trabajos que fueron discutidos detalladamente por 85 científicos procedentes de 20 países. Por otra parte, 24 grupos de investigadores dieron a conocer estudios de campo llevados a cabo en 13 países, que abarcaron muchos millones de personas. El volumen impreso de las actas de esta Conferencia se publicó en inglés por la Organización a las ocho semanas de haber terminado sus deliberaciones (PAHO Scientific Publication N° 50).
(*OPS*) (*FEK*)

AMRO-202—Control de la lepra (Zona III)

Un consultor de la Zona, empleado a tiempo completo, está colaborando con los Gobiernos de América Central y Panamá en la preparación de planes de control. En Guatemala, Nicaragua y Panamá se hicieron los preparativos para realizar campañas contra la lepra, y en El Salvador y Honduras se establecieron por primera vez servicios de esta naturaleza. En Costa Rica, donde ya había un buen Servicio, se están perfeccionando los aspectos de descubrimiento y tratamiento temprano de los casos y de vigilancia de los contactos. También se preparó un programa de control de esta enfermedad en Panamá.
(*OPS*)

AMRO-204—Adiestramiento en saneamiento del medio (Zona I)

Con arreglo a este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Inspectores sanitarios: una de seis meses a un candidato de Venezuela para estudiar en Chile.

Saneamiento del medio: dos de siete semanas y media cada una destinadas a candidatos de Granada para estudiar en Santa Lucía, Barbada y Puerto Rico.
(*OMS*)

AMRO-205—Adiestramiento en saneamiento del medio (Zona II)

Con arreglo a este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Saneamiento del medio: ocho de un mes a candidatos de México para estudiar en los Estados Unidos de América; una de tres semanas destinada también a un candidato de México para cursar estudios en los Estados Unidos de América.

Ingeniería sanitaria: una beca de 11 meses y medio a un candidato de Cuba para estudiar en el Brasil, y una de 10 meses y medio a un candidato de Cuba para estudiar en México.
(*OMS*)

AMRO-206—Adiestramiento en saneamiento del medio (Zona III)

Con arreglo a este proyecto se concedió la siguiente beca:

Inspectores sanitarios: una de seis meses a un candidato de Honduras para estudiar en Chile.
(*OMS*)

AMRO-207—Adiestramiento en saneamiento del medio (Zona IV)

Con arreglo a este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Saneamiento del medio: cuatro de 10 meses y medio a dos candidatos de Bolivia y a dos de Colombia para estudiar en México; una de 10 meses a un candidato de Bolivia para estudiar en Chile, y una de un mes a un candidato de Bolivia para estudiar en los Estados Unidos de América.

Inspectores sanitarios: cinco becas de seis meses a cuatro candidatos de Bolivia y a uno de Colombia para estudiar en Chile, y una de 11 meses y medio a un candidato del Perú para estudiar en el Brasil.

Ingeniería sanitaria: tres becas de 11 meses a dos candidatos de Colombia y a uno de Bolivia para estudiar en el Brasil, y dos de 11 meses y medio a un candidato del Perú y a otro de Bolivia para estudiar asimismo en el Brasil.
(*OMS*)

AMRO-208—Adiestramiento en saneamiento del medio (Zona V)

Como parte de este proyecto se concedió la siguiente beca:

Saneamiento del medio: una de tres meses a un candidato del Brasil para estudiar en Ghana, Kenya, República Arabe Unida (Provincia de Egipto), Suiza, Alemania, Países Bajos, Bélgica y el Reino Unido.
(*OMS*)

AMRO-209—Adiestramiento en saneamiento del medio (Zona VI)

Con arreglo a este proyecto se concedieron las siguientes becas:

Inspectores sanitarios: cuatro de seis meses (tres a candidatos del Paraguay y una a un candidato de la Argentina) para estudiar en Chile.

Ingeniería sanitaria: una beca de cinco meses y una semana a un candidato del Paraguay para estudiar en los Estados Unidos de América y una de 12 meses a un candidato de la Argentina para estudiar también en los Estados Unidos de América.

Saneamiento del medio: una beca de tres meses a un candidato del Paraguay para estudiar en Chile, Perú, Guatemala, México, Puerto Rico y Brasil; y dos de 11 meses y medio a candidatos del Paraguay para estudiar en el Brasil.
(*OMS*)

AMRO-215—Grupo de Estudio sobre la Enfermedad de Chagas

Del 7 al 11 de marzo se reunió en Washington, D.C., un Grupo de Estudio para considerar los diversos aspectos de la enfermedad de Chagas, especialmente los relacionados con la salud pública, y formular recomendaciones a la OPS/OMS sobre la forma de obtener un mejor conocimiento de la enfermedad y mejorar los métodos de control. En su informe (Serie de Informes Técnicos de la

OMS, N° 202, 1960) el Grupo de Estudio formuló recomendaciones sobre las encuestas más adecuadas en ese aspecto y la colaboración que puede prestar la OPS/OMS en su realización y en los programas de control de la enfermedad.
(OMS)

AMRO-219.1—Curso de adiestramiento en administración, explotación y financiamiento de sistemas de abastecimiento de agua

A un curso celebrado del 28 de marzo al 13 de abril de 1960 en el Centro de Ingeniería Sanitaria "Robert A. Taft", de Cincinnati, Ohio, asistieron 35 ingenieros de la OPS, la OMS y la ICA, quienes prestarán servicios de asesoramiento en la administración y financiamiento de los sistemas de abastecimiento de agua.
(OPS/FAPA)

AMRO-219.2—Curso de adiestramiento en administración, explotación y financiamiento de sistemas de abastecimiento de agua

Del 14 de noviembre al 2 de diciembre se celebró en México, D.F., un curso sobre organización, administración y financiamiento de sistemas de abastecimiento de agua, patrocinado conjuntamente por el Gobierno de dicho país y la Organización. Asistieron 60 ingenieros, de los cuales 21 recibieron becas de la OPS, cuya distribución por países fue la siguiente:

Colombia	2
Colombia	2 (una semana más en México)
Colombia	2 (más tres semanas en Puerto Rico)
Costa Rica	1
El Salvador	1
Guatemala	4
Haití	2
Honduras	1
Venezuela	6

Los gastos de los conferenciantes y consultores fueron sufragados por la OPS.
(OPS/FAPA)

AMRO-220—Grupos de epidemiología de la erradicación de la malaria

La primera Unidad comenzó a funcionar en mayo y, desde su sede establecida en la Ciudad de Guatemala, llevó a cabo estudios sobre las causas de la persistencia de la transmisión de la malaria en Costa Rica, Nicaragua y Guatemala. Se progresó lentamente en materia de contratación de personal para la Unidad, que a fines de año estaba todavía incompleto. Se proyecta establecer una nueva sede en El Salvador, en relación con el programa AMRO-196.
(OPS/FEM)

AMRO-221.1—Seminario sobre educación en nutrición

La OPS/OMS participó en un seminario sobre educación en nutrición, que tuvo lugar en Quitandinha, Brasil, en el mes de junio, patrocinado por la FAO en colaboración con el Gobierno de dicho país y varios organismos internacionales, y al que asistieron representantes de 10 países sudamericanos. Se estudiaron los métodos de educación en nutrición, así como el contenido de estos programas en materia de salud, educación y agricultura. Se proyecta celebrar un seminario similar en 1961, destinado a los países de Centro América, Panamá, México y el Area del Caribe.
(OMS) *(FAO, UNICEF, ICA, OEA, UNESCO, Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, Instituto Interamericano del Niño)*

AMRO-230—Conferencia sobre Malnutrición y Hábitos de Alimentación

Esta conferencia, que tuvo lugar del 9 al 14 de septiembre de 1960 en Cuernavaca, México, fue la tercera de una serie patrocinada por la Fundación "Josiah Macy, Jr." y la Federación Mundial para la Salud Mental, con el apoyo financiero de organismos interesados en la nutrición. Se examinaron en esta reunión problemas relacionados con los cambios en los hábitos alimentarios que habrán de producirse para que la población haga un mejor uso de los recursos de que ya se dispone y acepte y consuma nuevos alimentos. Especialistas en investigaciones sobre nutrición, pediatras, especialistas en salud pública, antropólogos, psiquíatras y psicólogos sociales examinaron las repercusiones de estos cambios en el ser humano. En 1961, la FAO publicará un informe completo sobre esta conferencia.
(OMS) *(UNICEF, FAO, Fundación "Josiah Macy, Jr.", Federación Mundial para la Salud Mental)*

AMRO-237—Enseñanza de la medicina (Zona III)

Un consultor visitó la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Nicaragua para asesorar sobre la organización del Departamento de Medicina Preventiva. También formuló recomendaciones sobre la selección de estudiantes para su ingreso en la Facultad.
(OPS)

AMRO-239—Fomento de sistemas públicos de abastecimiento de agua (Interzonas)

Se facilitaron los servicios de un consultor en asuntos financieros y de administración para que asesorara sobre

problemas concretos de carácter nacional concernientes al financiamiento de los sistemas de abastecimiento de agua. Se celebraron reuniones con funcionarios de los Gobiernos, economistas y funcionarios bancarios, y se preparó la información y los datos pertinentes, que fueron distribuidos a los Gobiernos. Se reunió una abundante documentación, que fue distribuida para que sirviera de orientación a los funcionarios de los sistemas de abastecimiento de agua, en la preparación de los proyectos para su financiamiento.
(*OPS/FAPA*)

AMRO-241—Comité Asesor en Estadística

La primera reunión del Comité Asesor en Estadística se celebró los días 20 y 21 de junio con el objeto de que analizara las normas y los objetivos actuales y los resultados obtenidos, y sugiriera nuevos métodos para el cumplimiento de los compromisos contraídos por la Organización. El informe de esta reunión ha sido publicado en inglés y español (Publicaciones Varias de la OPS N° 61), y la versión española aparecerá también en el número del *Boletín* correspondiente a febrero de 1961. Ya se han puesto en práctica varias recomendaciones de este grupo, a saber: el puesto de Director del Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades ha pasado a ser puesto a tiempo completo; se ha concedido una subvención al profesor de bioestadística de la Escuela de Salud Pública de São Paulo para dar dos cursos de seis semanas destinados a futuros profesores de estadística en las escuelas de medicina; se iniciaron las actividades regionales para la Octava Revisión del *Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*; y se han realizado progresos en los planes para investigaciones sobre el desarrollo regional de los estudios epidemiológicos.
(*OPS*)

AMRO-244—Seminario sobre tarifas de agua

Se celebró en Montevideo, del 26 de septiembre al 1° de octubre, un seminario sobre tarifas de agua, patrocinado conjuntamente por el Gobierno del Uruguay y la Organización. Participaron en el seminario unos 60 ingenieros de casi todos los países de la Región. La OPS aportó los fondos para los gastos de la mitad, aproximadamente, de los participantes, así como para los de dos consultores y parte de los gastos de secretaría. Se halla en preparación el informe de este seminario, que se proyecta publicar en 1961.
(*OPS/FAPA*)

AMRO-249—Control de vectores (Curso de adiestramiento para la zona fronteriza México-Estados Unidos de América)

La Oficina de Campo de El Paso organizó un curso de adiestramiento en el control de vectores, que duró cinco días, y en el que participaron 25 alumnos procedentes de los Estados Unidos de América y de México. Se concedieron cuatro becas de una semana a candidatos de este último país.
(*OPS*)

AMRO-259—Encuesta sobre las necesidades de los niños en materia de salud

Se asignó un consultor para estudiar este problema en las regiones norte y nordeste del Brasil. Se presentará un informe al Gobierno para que pueda ser incorporado al informe general que se está preparando sobre las necesidades de los niños.
(*OMS*) (*UNICEF*)

AMRO-260—Seminario de Directores de Estadística de los países de la Zona III

El consultor en estadística de la Zona III hizo las gestiones necesarias para la celebración del primer seminario sobre estadísticas vitales y de salud. Desde hacía algún tiempo, los estadísticos de Centro América y Panamá consideraban que sería conveniente celebrar una reunión con el objeto de examinar los métodos aplicados en los diversos países y los procedimientos utilizados para resolver los problemas, y que ofreciera al mismo tiempo oportunidad para proceder a un intercambio de experiencias. En la reunión habrían de examinarse los siguientes temas: estadísticas vitales; estadísticas de hospitales y centros de salud; análisis estadístico y estudios especiales; estadísticas de morbilidad; comités nacionales de estadísticas vitales y de salud, y adiestramiento de personal de estadística. En 1960 se concedieron becas para asistir al seminario, a celebrarse en la ciudad de Panamá del 16 al 21 de enero de 1961.
(*OPS*)

INDICE

Acta de Bogotá, x, xii
  Fondo Especial de Desarrollo Social, xii
  (*véase también* Salud y el desarrollo económico)
Adiestramiento (*véase* Educación y adiestramiento)
Administración de Cooperación Internacional (EUA), xx, xxi, 54, 81, 104, 109
  (*véanse también los resúmenes de proyectos en el Apéndice*, 118–159)
Administración, OSP, xx–xi, 104–108
  conferencias y publicaciones, 106, 108, 111–112
  edificio de la Sede, 104, 110, 111
  personal, 106
  presupuesto y finanzas, xx–xxi, 107–108
  servicios de gestión administrativa, 106
  suministros, 108
  (*véase también* Prácticas administrativas de servicios nacionales de salud)
Administración pública
  escuela de (Costa Rica), xx, 104, 156
  Naciones Unidas, Oficina de, xx
Administración de salud pública, xv, 1–40
Administración de servicios nacionales de salud (*véase* Prácticas administrativas de servicios nacionales de salud)
Aëdes aegypti, erradicación, y fiebre amarilla, xvii, 46–51
  A. aegypti, erradicación, xvii, 46–49
    estado de los programas, por países, 46–49, 50 (cuadro)
    Guía de los informes de la campaña de erradicación del Aëdes aegypti en las Américas, 28, 95
    información estadística periódica, 28, 94
    países declarados libres del vector, 46
    resistencia del vector a insecticidas, xvii, 46, 47, 48, 49
  fiebre amarilla selvática, 49, 51
    casos notificados, 49, 51
    sistemas de notificación, 28, 33
    vacuna, producción de, 51
  resúmenes de los proyectos: 119, 121, 124–125, 126, 126–127, 127, 129, 133–134, 143, 145, 146, 148, 151
Aftosa (*véase* Centro Panamericano de Fiebre Aftosa)
Agua, abastecimiento de, xii, xii–xiii, xv–xvi, 11, 11–14, 109–110
  agua y el desarrollo económico, xii, xii–xiii, xv–xvi, 11
  diseño de planos y otras actividades técnicas, 12
  financiamiento y organización de las actividades, xii, xiii, xv–xvi, 11, 12, 14
  Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, OPS, xv–xvi, 11, 107 (cuadro), 110
  planificación a largo plazo, 12
  programas de abastecimiento de agua
    nacionales, 14
    regionales, 12–14
  programas de adiestramiento
    becas, 86, 86–87
    cursos y seminarios, xvi, 11–12, 12–14, 29, 104, 158, 159
  resúmenes de los proyectos: 121, 122, 126, 127, 128, 130, 134, 136, 138, 139, 142, 144, 146, 155, 158, 158–159, 159
Aguas negras, eliminación, xiii, 11, 15
  (*véase también* Saneamiento del medio)
Alcoholismo, 24, 28, 146
Alimentos (*véanse* Higiene de los alimentos y Nutrición)
Alimentos y drogas, control de, 129, 154
  (*véase también* Laboratorios de salud pública)
Anemias, 18
Antillas británicas (*véase* Federación de las Indias Occidentales)
Antillas y Guayana francesas
  Aëdes aegypti, erradicación, 46, 48–49, 49, 119, 146
  fiebre aftosa, 75
  lepra, 61
  malaria, erradicación, 45
  (*véase* Surinam)
Antillas neerlandesas
  Aëdes aegypti y fiebre amarilla, 49, 51, 143, 146
  fiebre aftosa, 75
  influenza, 67
  laboratorios de salud pública, 35
Antrax, 71, 73, 74, 77, 102
Argentina
  Aëdes aegypti, erradicación, 46, 121
  atención médica, 23, 121
  brucelosis, 70, 71
  educación sanitaria, 40
  enfermería, enseñanza, 82, 83, 84, 119, 120, 120–121
  escuelas de medicina y salud pública, 80, 80–81, 86, 120
  estadísticas de salud, 29, 29–30, 31, 31–32, 121
  fiebre aftosa, 74, 75, 76
  higiene dental, 26
  hospitales, administración, 120
  influenza, centro, 67–68
  laboratorios de salud pública, 35, 37
  lepra, 61, 64, 121
  malaria, erradicación, 41, 45, 119–120
  Microbiología, Instituto Nacional de, 119
  peste, 56
  saneamiento del medio, 14, 15, 86, 121
  servicios integrados de salud, 5, 8, 9, 10, 119
  tuberculosis, 60, 120
  viruela, erradicación, 54
  zoonosis, 71, 72, 73, 74, 78, 102
Asistencia Técnica, OMS
  fondos presupuestados, 1960, 107 (cuadro)
  proyectos financiados por (*resúmenes de los proyectos*), 118–146, 146, 150, 151
Asociación Americana de Salud Pública, 95, 99
Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad, 114
Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria (AIDIS), 14
Asociación Internacional de Fomento, 12
Asociación Latinoamericana para la Salud Mental, 25
Aspectos económicos de las actividades de salud (*véase bajo* Salud y el desarrollo económico)
Atención médica, 23–24
  integración de servicios preventivos y curativos, xiv–xv, 23
  rehabilitación, centros de adiestramiento, 24, 121, 123, 129
Ateroscleroses, xx, 22, 102, 103

Banco de Exportación e Importación (EUA), 12
Banco Interamericano de Desarrollo
  fondo para operaciones especiales, xii
  préstamos para programas de agua, xii, xv–xvi, 12, 14
Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 12

Basuras y desechos, eliminación de, 11, 15, 29
Discusiones Técnicas, 15, 29, 94, 110–111
BCG, vacunación, 59–60
Becas, programa, xix, 85–93
asesoría a los Gobiernos, 89–90
becas adjudicadas por Venezuela, 89
becas concedidas, por categorías y materias, xix, 85, 86–93
becas financiadas por Cuba, 89–90, 128
becas de viaje, 85, 86, 89
condiciones económicas de becarios, 89
Consejo Directivo, decisiones, 89
financiamiento del programa, 90, 91 y 93 (cuadros)
lugares de estudio, selección, 89
OEA, programa de becas, 90
participantes en seminarios y conferencias, 93 (cuadro)
Belice
Aëdes aegypti, erradicación, 46
enfermería, enseñanza, 121
laboratorio, servicios de, 121
lepra, 61
malaria, erradicación, 121
Bibliotecas
Biblioteca de la Sede, 97
escuelas de enfermería y de medicina, 80, 83
Bocio endémico y la yodización de la sal, xvi, xix, 18, 19
Boletín, OSP, 23, 26, 28, 34, 94, 97, 99, 108
Bolivia
Aëdes aegypti y fiebre amarilla, 46, 49, 51
educación sanitaria, 40
enfermería, enseñanza, 84, 122
escuelas de medicina, 79
estadísticas de salud, 30, 31
fiebre aftosa, 75
lepra, xviii, 61, 63, 122
malaria, erradicación, 41, 45, 102, 121–122
misión conjunta, poblaciones indígenas, 122
nutrición, 17
peste, 56
saneamiento del medio, 122
servicios integrados de salud, 4, 122
viruela, erradicación, 52, 53–54
Brasil
Aëdes aegypti y fiebre amarilla, 46, 49, 51, 124–125
aterosclerosis, estudio, 102
Centro de Adiestramiento en Rehabilitación, 24, 123
educación sanitaria, 40
enfermería, enseñanza, 83, 84, 116
escuelas de medicina y salud pública, 80, 80–81, 81, 123
estadísticas de salud, 30, 34, 103
fiebre aftosa, 75, 76, 102
higiene dental, 25–26, 123, 124
influenza, centro, 67, 67–68
laboratorios de salud pública, 37, 122–123, 123
lepra, 64, 124
malaria, erradicación, 41, 43, 86, 103, 116, 123, 124
medicina veterinaria, enseñanza, 124
nutrición, 17, 19, 122
peste, 56
poliomielitis, 67
rabia, 68, 69, 116, 124
saneamiento del medio, 14, 15, 124
servicios integrados de salud, 4–5, 8, 10, 122, 124
tuberculosis, 60, 125
viruela, erradicación, 33, 52, 54, 123–124
zoonosis, 73
Brucelosis, 70–71, 73, 74, 77, 102
Centro Panamericano de Zoonosis, 70, 71, 73, 73–74
diagnóstico de laboratorio, 71
programas de erradicación, 70
vacuna, investigación y producción, 71, 102
Canadá
brucelosis, 70
Escuela de Veterinaria de Ontario, 103
influenza, 67, 67–68
zoonosis, 74, 103
Cáncer, 34, 102
Carrera en salud pública (*véase bajo* Personal, servicios nacionales de salud)
Casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria en las Américas, 1949–1958, xvi, 28, 70, 77, 95
Centro América
Aëdes aegypti y fiebre amarilla, 146
brucelosis, 70
Escuela Superior de Administración Pública de América Central, xx, 104, 156
estadísticas de salud, 150–151
fiebre aftosa, 76
higiene de los alimentos, 14
laboratorios de salud pública, 36
legislación sanitaria, 1
lepra, 62
malaria, xvii, 41, 45
nutrición, 17–23
rabia, 69
viruela, 52
Centro de Enfermedades Transmisibles (USPHS), 37, 59, 67, 108
Centro de Información sobre Educación Médica (CIEM), 81
Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades, 29, 30–31, 34, 150
Centro Panamericano de Fiebre Aftosa
descripción de actividades, 74–77
resumen de proyecto: 149–150
Centro Panamericano de Zoonosis
actividades, descripción, 71–74
becas, 73, 86
presupuesto y finanzas, control, 108
resumen de proyecto: 150
Centro Regional de Educación Fundamental para la América Latina (CREFAL), 40, 152
Clasificación Internacional de Enfermedades, 30–31, 34
Cloroquina, en la quimioterapia de la malaria, 44, 103
Colombia
Aëdes aegypti y fiebre amarilla, xvii, 46–47, 49, 51, 126, 126–127
atención médica, 23
aterosclerosis, estudio, 102
educación sanitaria, 40
enfermería, enseñanza, 83
escuela de salud pública, 80, 126
estadísticas de salud, 31
fiebre aftosa, 75, 76
laboratorios de salud pública, 37
lepra, 61, 62–63, 126
malaria, erradicación, 41, 44, 45, 103, 125–126
nutrición, 17
poliomielitis, vacunación, xviii, 66
rabia, 68
saneamiento del medio, 11, 12, 14, 15, 126
servicios integrados de salud, 2–3, 7, 8, 9, 125
tuberculosis, 60
viruela, erradicación, xvii, 35, 52, 54–55, 126

Comisión de los 21 (*véase bajo* Organización de los Estados Americanos)
Comisión Especial para estudiar la formulación de nuevas medidas de cooperación económica (*véase bajo* Organización de los Estados Americanos)
Comisión Internacional de Protección contra las Radiaciones, 27
Comité Ejecutivo, OPS, 111
Comités Asesores, OSP
  en Educación, xix
  sobre Erradicación de la Malaria, 112
  en Estadística, 33–34, 95, 103, 159
  en Saneamiento del Medio, 11, 94
Conferencias y reuniones internacionales, lista seleccionada, 111–112, 112–113 (cuadros)
  (*véase también* Reuniones y acuerdos oficiales)
Consejo Directivo, OPS (*véase bajo* Reuniones y acuerdos oficiales)
Consejo Interamericano Económico y Social, 77
Consejo Nacional de Investigaciones (EUA), 103
Contaminación de las fuentes de abastecimiento de agua, xvi, 11, 15, 124, 146
Control y erradicación de enfermedades, 41–78
Cooperación Técnica, Programa (*véase* Organización de los Estados Americanos)
Costa Rica
  Aëdes aegypti, erradicación, xvii, 47
  aterosclerosis, estudio, 102
  educación sanitaria, 40
  enfermería, enseñanza, 83, 84, 127
  Escuela Superior de Administración Pública de América Central, xx, 104, 156
  estadísticas de salud, 32
  fiebre aftosa, 76
  legislación sanitaria, 1
  lepra, 61, 62
  malaria, erradicación, 43, 103, 127
  nutrición, 17, 20, 127
  poliomielitis, vacunación, xviii, 66
  rabia, 69
  saneamiento del medio, 14, 127
  servicios locales de salud pública, 127
CREFAL (Centro Regional de Educación Fundamental para la América Latina), 40, 152
Cuba
  Aëdes aegypti y fiebre amarilla, 47, 51, 127
  atención médica, 23
  becas financiadas por, 89–90, 128
  educación sanitaria, 40
  enfermería, enseñanza, 82, 115, 128
  malaria, erradicación, 41, 128
  saneamiento del medio, 12, 15, 128
  servicios integrados de salud, 3, 7, 127–128
  tuberculosis, 60
  viruela, erradicación, 55
Cuotas, recaudación, xx–xxi, 107
Chile
  administración, prácticas de, servicios de salud, 104
  Aëdes aegypti y fiebre amarilla, 46, 47, 51, 129
  alimentos y drogas, control, 129
  atención médica, 23, 24, 129
  aterosclerosis, estudio, 102
  enfermería, 83, 84, 129, 130
  escuelas de medicina y salud pública, 80, 80–81, 129
  estadísticas de salud, 29, 29–30
  fiebre aftosa, 74, 75, 76
  higiene mental, 24, 25
  influenza, centro, 67–68
  malaria, erradicación, 129
  nutrición, 17
  radiaciones ionizantes, protección contra, 27, 80, 129–130
  saneamiento del medio, 12, 14, 15, 130
  servicios de salud (de emergencia), 117, 130
  viruela, erradicación, 52, 54
  zoonosis, 72, 73

Desarrollo económico (*véase* Salud y el desarrollo económico)
Día Mundial de la Salud, 98
Diarreas (*véase bajo* Nutrición)
Discusiones Técnicas
  aportes de programas de salud al desarrollo económico, métodos de evaluación (XIII Consejo Directivo), xiii, 111
  disposición de basuras y desechos (XII Consejo Directivo), 15, 29, 94, 110–111
Documentos Básicos, OPS, Subcomité sobre, 106, 110, 111

Economía y la salud (*véase* Salud y el desarrollo económico)
Ecuador
  Aëdes aegypti y fiebre amarilla, 46, 51
  educación sanitaria, 40
  enfermería, enseñanza, 83, 84, 130–131
  estadísticas de salud, 30, 31
  fiebre aftosa, 74, 75, 76
  higiene de los alimentos, 14
  laboratorios de salud pública, 35, 37
  lepra, xviii, 61, 63, 131
  malaria, erradicación, 130
  misión conjunta, poblaciones indígenas, 18–19, 131
  nutrición, 17, 18, 18–19, 116, 131
  peste, 56
  servicios integrados de salud, 130
  viruela, erradicación, 52, 55, 131
  zoonosis, 72
Edificios e instalaciones, Sede
  donación del terreno y construcción, 104
  Subcomité Permanente de, 110, 111
Educación y adiestramiento, xviii–xix, 79–93, 110
  Centro de Información sobre Educación Médica (CIEM), 81
  Comité Asesor en Educación, OSP, xix
  educación médica, 79–80
    becas, 87 (cuadro)
    escuelas de medicina en las Américas, 79, 80 (fig.), 81
    organización y administración de escuelas, 79
    seminarios y encuestas, 80
    resúmenes de los proyectos: 120, 135, 136, 137–138, 142, 145, 146–147, 158
  medicina veterinaria, enseñanza de la, 81
    becas, 87 (cuadro)
    enseñanza de salud pública, escuelas de medicina veterinaria, 81, 124, 149
    escuelas de medicina veterinaria, directorio, 81
  salud pública, enseñanza de la, 80–81
    becas, 86 , 89 (cuadro)
    escuelas de salud pública en las Américas, 80 (fig.), 80–81, 81
    resúmenes de los proyectos: 120, 123, 126, 129, 137, 145, 146
  (*véanse también* Becas, programa, *y* Enfermería, enseñanza)
Educación sanitaria, 39–40, 151, 153
  becas, 87 (cuadro)
El Paso, Oficina de Campo, 114
El Salvador
  administración, prácticas de, servicios de salud, 104

Aëdes aegypti, erradicación, xvii, 46
área de demostración sanitaria, 4, 8, 131
atención médica, 23
fiebre aftosa, 76, 77
higiene dental, 26
hospitales, administración, 132
influenza, 67
legislación sanitaria, 1
lepra, 61, 62
malaria, erradicación, xvii, 42, 45, 102, 131
nutrición, 17, 20, 21
rabia, 69
saneamiento del medio, 11, 14, 15
Energía Atómica, Organismo Internacional de, 27
Enfermedad de Chagas, xviii, 61, 157–158
Enfermedades cardiovasculares, 34, 102
(*véase también* Aterosclerosis)
Enfermedades crónicas, 22, 34, 102
Enfermedades cuarentenables, notificación, 28 (cuadro), 33
Enfermedades venéreas, control, 58–59
diagnóstico de laboratorio, 35, 58–59
programas de control, 58–59
Reacciones serológicas para el diagnóstico de la sífilis (*manual, 1959*), 95
resúmenes de los proyectos: 143, 145, 148
Enfermería, enseñanza, 82–84
becas, 87
directorio, escuelas de enfermería, América Latina, 81
encuesta, escuelas de enfermería, 1959–1960, xix, 83–84
enseñanza básica, 82–84
enseñanza superior, 84
Guía para escuelas de enfermería en América Latina, 83, 148
matronas, formación profesional, 84, 129
resúmenes de los proyectos: 119, 120, 120–121, 122, 127, 128, 129, 130, 130–131, 132, 133, 134, 136–137, 139, 141, 142, 145, 147, 148, 151–152
(*véase también* Enfermería, servicios de)
Enfermería, servicios de, 37–38
adiestramiento de enfermeras y auxiliares, 37, 38
ampliación y mejoramiento de los servicios nacionales, 37–38
en hospitales, 38
proyectos de servicios integrados de salud y otros, 38
seminarios regionales, 38, 93 (cuadro)
resumen de proyecto: 134
(*véase también* Enfermería, enseñanza de)
Enseñanza de la medicina y la salud pública (*véase bajo* Educación y adiestramiento)
Enseñanza de la medicina veterinaria (*véase bajo* Educación y adiestramiento)
Epidemiología y la estadística (*véase* Estadísticas de salud)
Erradicación, programas, 41–78
(*véase también bajo la enfermedad respectiva*)
Escuela Superior de Administración Pública de América Central, xx, 104, 156
Escuelas de enfermería (*véase* Enfermería, enseñanza)
Escuelas de medicina, medicina veterinaria, salud pública (*véase bajo* Educación y adiestramiento)
Escuelas de odontología (*véase bajo* Higiene dental)
Esquistosomiasis, control, 154
Establecimientos turísticos, saneamiento de, 15
Estadísticas de salud, xvi, 27–34
actividades en los países, 31–33
Comité Asesor en Estadística, OSP, 33–34, 95, 103, 159
educación y adiestramiento, 29–31
becas, 29, 31, 32, 87 (cuadro)
bioestadística, 29
Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades (Venezuela), 30–31, 34, 150
evaluación biológica, 29
registros y estadísticas de hospitales, 29, 31, 32–33, 154
servicios de consultores, 29–30
investigaciones en estadísticas médicas, 34, 103
publicaciones, 27–28, 28, 30–31, 34, 94, 95
recopilación, análisis y distribución de información estadística, xvi, 27–29
Reglamento Sanitario Internacional, 33
resúmenes de los proyectos: 121, 146, 150–151, 153, 154, 154–155, 159
Estados Unidos de América
contribuciones
Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, 11, 110
Fondo de Desarrollo Social, xii
malaria, programa de erradicación, xxi, 109
Sede de la OPS, 104
enfermedades venéreas, control, 58–59
estadísticas de salud, 30
fiebre amarilla y *Aëdes aegypti*, xvii, 46, 47
influenza, 67, 67–68
investigaciones médicas, 102–103
investigaciones sobre resistencia a insecticidas, 45
laboratorios de salud pública, 37
nutrición, 19
peste, 56
poliomielitis, vacunación, 66
rabia, 69, 103
saneamiento del medio, 15
viruela, producción de vacuna, 54
zoonosis, 70, 73
Estados Unidos, Oficina del Niño, 81
Estados Unidos, Organismo de Información de los, 98, 99
Evaluación, programas de salud, 10
aportes de programas de salud al desarrollo económico, métodos de evaluación, xiii

FAO (*véase* Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación)
Federación de las Indias Occidentales
Aëdes aegypti, erradicación, 49, 133–134, 146
enfermedades venéreas y frambesia, 58, 59
enseñanza y servicios de enfermería, 84, 132, 134
fiebre aftosa, 75
legislación sanitaria, 1
lepra, 61
malaria, erradicación, 134, 136
saneamiento del medio, 12, 15, 134
(*véanse también* Jamaica *y* Trinidad)
Federación Mundial para la Salud Mental, 19
Fiebre aftosa (*véase* Centro Panamericano de Fiebre Aftosa)
Fiebre amarilla (*véase Aëdes aegypti*, erradicación)
Fiebre Q, 72
Finanzas (*véase* Programa y presupuesto)
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
formación de auxiliares, xxi
higiene maternoinfantil, xxi, 17
lepra, 62, 63, 64
malaria, xxi, 109
nutrición, xvi, xxi, 17, 18, 19, 20
saneamiento del medio, xxi
servicios integrados de salud, xxi, 3
tuberculosis, 60
viruela, 55
(*véanse también los resúmenes de proyectos en el Apéndice*, 118–159)
Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, OPS, xv–xvi, 11, 110
gastos y fondos presupuestados, 1960, 107 (cuadro)
(*véase también* Agua, abastecimiento de)

Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria, OPS, 109
gastos y fondos presupuestados, 1960, 107 (cuadro)
(*véase también* Malaria, programa de erradicación)
Fondo Especial de las Naciones Unidas, 12, 103
Fondo de Préstamos para el Desarrollo (EUA), 12
Fondo Rotatorio para Compras de Emergencia, 69, 108
Fondo de Trabajo, 107
Fondo Williams-Waterman, 19
Frambesia, erradicación, xviii, 57–58
diagnóstico de laboratorio para evaluación, 35
programas, erradicación, 57–58
resúmenes de los proyectos: 135, 143, 145, 148
Francia (*véase* Antillas y Guayana francesas)
Fulbright, programa (Conference Board of Associated Research Councils), 81
Fundación Josiah Macy, Jr., 19
Fundación Rockefeller, xxi, 81
Fundación Sister Elizabeth Kenny, xviii, 24, 64, 95, 112
Fundación W. K. Kellogg, xxi, 25, 80, 81

Guatemala
administración, prácticas de, en los servicios, 104
Aëdes aegypti, erradicación, 46
aterosclerosis, estudio, 102
educación sanitaria, 40
enfermería, enseñanza de, 83, 84, 133
estadísticas de salud, 31
higiene dental, 26
influenza, 67
lepra, 62
malaria, erradicación, 42, 43, 45, 132–133
medicina veterinaria, enseñanza, 81
nutrición, 17, 18, 20, 21
rabia, 69
saneamiento del medio, 14, 15
servicios integrados de salud, 3–4, 7, 9, 133
tuberculosis, 61, 133
Guayana Británica
Aëdes aegypti y fiebre amarilla, 48, 51, 133–134
enfermería, 134
fiebre aftosa, 75
frambesia, erradicación, 58
laboratorios de salud pública, 35
lepra, 61
malaria, erradicación, 133, 134
saneamiento del medio, 134
servicios integrados de salud, 4
Guayana Francesa (*véase* Antillas y Guayana francesas)

Haití
Aëdes aegypti, erradicación, 47
educación médica, 80, 135
educación sanitaria, 40
frambesia, erradicación, xviii, 35, 57–58, 135
higiene dental, 26
laboratorios de salud pública, 35, 135
malaria, erradicación, 41, 135
nutrición, 17, 135
saneamiento del medio, 11, 12, 14
servicios integrados de salud, 3, 135
viruela, erradicación, 55
Hidatidosis, xx, 72, 77, 102
Higiene de los alimentos, 14
Higiene dental, 25–26
adiestramiento, cursos, 25–26
asesoramiento, servicios de, 25–26
becas, 26, 87 (cuadro), 89
Escuela de Higiene y Salud Pública, Universidad de São Paulo, Brasil, 25–26, 123
escuelas de odontología, directorio, 81
publicaciones sobre, 25, 26
resúmenes de los proyectos: 123, 124, 149
Higiene industrial, 11, 15, 146
Higiene maternoinfantil, 16–17, 38
atención durante la maternidad, 16, 38
atención del niño, 16–17, 38
becas, 87 (cuadro), 87–88
Higiene mental, 24–25, 138, 146
becas, 87 (cuadro)
Histoplasmosis, 78
Honduras
administración, prácticas de, servicios de salud, 104
Aëdes aegypti, erradicación, 46
educación médica, 79, 136
estadísticas de salud, 32
lepra, 61, 62
malaria, erradicación, 42, 43, 45, 135
nutrición, (INCAP), 19–23
rabia, 69
saneamiento del medio, 11, 12, 14, 15, 136
servicios integrados de salud, 6, 8, 135–136
Hospitales
administración hospitalaria, becas, 87 (cuadro)
estadísticas y registros de hospitales, 29, 31, 32–33, 154
servicios de enfermería en, 38
resúmenes de los proyectos: 120, 132, 154
(*véase también* Atención médica)

ICA (*véase* Administración de Cooperación Internacional)
INCAP (*véase bajo* Nutrición)
INCAPARINA, desarrollo y utilización, xvi, xix, 17–18, 21–22, 109
Influenza, 67–68
Información pública, actividades, 98–101
Insecticidas, resistencia (*véase* Resistencia a los insecticidas)
Instituto Adolfo Lutz (Brasil), 37, 67
Instituto Carlos Finlay
Colombia, 51, 126–127
Cuba, 40
Instituto de Educación Internacional, 81
Instituto Interamericano de Estadística, 34
Instituto Latinoamericano de Cine Educativo, 40
Instituto Leopoldo Izquieta Pérez (Ecuador), 55
Instituto Nacional de Nutrición, Ecuador, 18–19, 131
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (*véase bajo* Nutrición)
Instituo Oswaldo Cruz (Brasil), 37, 51, 54, 116, 122–123, 124–125
Instituto Samper Martínez (Colombia), 55, 67, 116
Institutos Nacionales de Higiene (EUA), 19, 22, 34, 67, 81
investigaciones médicas, colaboración en, xix, 102, 103
Integración de los servicios preventivos y curativos (*véase bajo* Atención médica)
Integración de servicios de salud (*véase* Servicios integrados de salud)
investigación científica, xix–xx, 102–103
colaboración con el USPHS (INH) en investigaciones médicas, xix, 102, 103
Isoniacida, xviii, 59, 61

Jamaica
Aëdes aegypti y fiebre amarilla, 49, 51
aterosclerosis, estudio, 102

educación sanitaria, 40
enfermedades venéreas y frambesia, 58
enfermería, enseñanza, 84
estadísticas de salud, 28, 30, 31, 32
fiebre aftosa, 75
influenza, centro, 67–68
lepra, 61
malaria, erradicación, xvii, 28, 40, 41, 86, 104, 136

La salud en las Américas y la Organización Panamericana de la Salud, xvi, xix, 27–28, 95, 99
Laboratorio de elaboración de productos biológicos (Centro América y Panamá), 36, 153–154
Laboratorio Gorgas, 148
Laboratorios de salud pública, 35–37
adiestramiento de técnicos de laboratorio, 36–37
becas, 87 (cuadro)
elaboración y control de productos biológicos, 35–36
laboratorios de virología, 37
suministro de reactivos biológicos y animales de laboratorio, 36, 103
resúmenes de los proyectos: 122–123, 123, 135, 137, 148, 149, 153–154
Legislación de salud pública, xv, 1, 144
Lepra, xviii, 61–64
becas, 87 (cuadro)
resúmenes de los proyectos: 121, 122, 124, 126, 131, 137, 140, 142, 154, 157
Leptospirosis, 72, 73, 74, 77, 102

Malaria, programa de erradicación, xiii, xvii, 41–45
aspectos económicos de erradicación de, xiii, xvii, 103
campaña en las Américas, estado, 41–45
Comité Asesor sobre Erradicación de la Malaria, OSP, 112
Fondo Especial, OPS, 107 (cuadro), 109
programas de adiestramiento
becas, 86, 87 (cuadro)
cursos y centros, 28, 40, 86, 104, 152
proyectos de investigaciones (insecticidas y resistencia), 41–42, 45, 102–103, 152, 156
publicaciones, 94–95, 95
registro de áreas de erradicación, 111
reuniones profesionales, 45
servicios de estadística para, 28
resúmenes de los proyectos: 119–120, 121, 121–122, 123, 124, 125–126, 127, 128, 129, 130, 131, 132–133, 133, 134, 135, 136, 138, 138–139, 139, 140, 141, 142, 143, 143–144, 144–145, 146, 151, 152, 153, 156, 158
Malnutrición (*véase* Nutrición)
Matronas, formación profesional (*véase bajo* Enfermería, enseñanza)
Medicina curativa (*véase* Atención médica)
Medicina, educación profesional (*véase bajo* Educación y adiestramiento)
Medicina veterinaria (*véase* Veterinaria de salud pública)
Medios visuales, OSP, servicios de, 99
México
Aëdes aegypti y fiebre amarilla, 46, 48, 51
atención médica, 24
brucelosis, 71
Congreso Mexicano de Salud Pública, Primer, 115
educación sanitaria, 40, 80
enfermería, enseñanza, 136–137
escuelas de medicina y salud pública, 80, 80–81, 115, 137–138
fiebre aftosa, 76
higiene dental, 26
higiene mental, 24, 138
influenza, 67
laboratorios de salud pública, 35, 36, 37, 137
lepra, 62, 137
malaria, erradicación, xvii, 41, 42, 45, 86, 138
nutrición, 19, 137
rabia, 68, 69, 70 (cuadro), 103
saneamiento del medio, 12, 14, 15, 138
servicios integrados de salud, 3, 7, 9, 10, 137
tuberculosis, 60, 138
viruela, erradicación, 52, 55
zoonosis, 73
Micosis, 68
Microbiología, Instituto Nacional de (Argentina), 119
Misiones conjuntas, poblaciones indígenas, 122, 131, 141–142

Naciones Unidas, Fondo Especial de las, 12, 103
Naciones Unidas, Oficina de Administración Pública, xx
Nicaragua
administración, prácticas de, servicios de salud, 104
Aëdes aegypti, erradicación de, 46
enfermería, enseñanza, 83, 139
escuelas de medicina, 79, 80
estadísticas de salud, 32
fiebre aftosa, 76
lepra, 61, 62
malaria, erradicación, 42, 138–139
nutrición, 17, 20, 21
rabia, 69
zoonosis, 72
Nutrición, xvi, 17–23
aditivos alimentarios, 19
alimentos ricos en proteínas, programa, 17–18, 19
anemias, 18
bocio endémico y yodización de la sal, xvi, xix, 18, 19
diarreas infantiles y malnutrición, 22, 102, 142, 151
educación en nutrición, 19, 158
becas, 87 (cuadro)
Instituto Nacional de Nutrición, Ecuador (INNE), 18–19, 116, 131
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), xvi, 17, 18, 19–23, 148
actividades docentes y formación de personal, 20–21, 23
asesoramiento a los países miembros, 20
INCAPARINA, desarrollo y utilización, xvi, xix, 17–18, 21–22, 109
investigación, programas de, 22
presupuesto y finanzas, control, 108
publicaciones, 22–23
programas coordinados de nutrición, xvi, 17
seminarios y conferencias, 19, 23, 158
resúmenes de los proyectos: 122, 127, 131, 135, 137, 142, 148, 151, 155, 158

Obstetricia (*véase bajo* Enfermería, enseñanza)
Odontología de salud pública (*véase* Higiene dental)
Oficina del Niño (EUA), 81
Oficina Internacional de Epizootias (París), 76–77
Oficinas de Zona y de Campo, 114–117
OIRSA (Organismo Internacional de Sanidad Agropecuaria), 77
Organismo de Información de los Estados Unidos de América, 98, 99
Organismo Internacional de Energía Atómica, 27
Organización de los Estados Americanos
Acta de Bogotá, x, xii
aspectos económicos de las actividades de salud, xiii
Comisión Especial para estudiar la formulación de nuevas medidas de cooperación económica (Comisión de los 21), xii
Cooperación Técnica, Programa de, xxi, 73, 77, 107 (cuadros)
Fiebre Aftosa, Centro Panamericano, 77

programa de becas, 73, 90
saneamiento, establecimientos turísticos, 15
Organización Mundial de la Salud (*véanse* Asistencia Técnica *y* Programa y presupuesto)
Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), xvi, xxi, 17, 19, 20, 21, 22, 78
(*véanse también los resúmenes de proyectos en el Apéndice*, 118–159)
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), xxi, 17, 40
(*véanse también los resúmenes de proyectos en el Apéndice*, 118–159)

Países Bajos (*veanse* Antillas neerlandesas *y* Surinam)
Paludismo (*véase* Malaria, programa de erradicación)
Panamá
administración, prácticas en, servicios de salud, 104
Aëdes aegypti y fiebre amarilla, 46, 51, 146
atención médica, 23
fiebre aftosa, 76
laboratorios de salud pública, 36
legislación sanitaria, 1
lepra, 61, 62
malaria, erradicación, 41, 42, 45, 139
nutrición, programas de, 18, 19, 19–23
rabia, 68–69, 69 (cuadro)
saneamiento del medio, 12, 14, 15, 139
servicios integrados de salud, 4, 8, 139
viruela, erradicación, 52
Paraguay
administración, prácticas de, en los servicios de salud, 104
Aëdes aegypti, erradicación, 46
enfermería, enseñanza, 83, 84
fiebre aftosa, 75
laboratorios de salud pública, 35
lepra, 61, 63–64, 140
malaria, erradicación, 41, 140
nutrición, 17, 18
saneamiento del medio, 11, 15
servicios integrados de salud, 5–6, 8, 9, 10, 140
viruela, erradicación, 52, 55–56, 140
zoonosis, 73, 74
Parteras, formación profesional (*véase bajo* Enfermería, enseñanza)
Personal, OSP
escala de sueldos, 106
Naciones Unidas, Caja Común de Pensiones, 106
número de funcionarios, xiii, 106, 114–115, 115, 116, 117
plan de seguro de enfermedad, 106
Personal, servicios nacionales de salud
carrera en salud pública, xv, 1, 8–9
cesión temporal de funcionarios a organizaciones internacionales, 110
Perú
Aëdes aegypti y fiebre amarilla, 46, 49, 51
atención médica, 23
aterosclerosis, estudio, 102
educación médica, 142
enfermería, enseñanza, 83, 84, 142
estadísticas de salud, 31, 32
fiebre aftosa, 75, 76
investigaciones médicas en los Andes, 103
laboratorios de salud pública, 36
lepra, xviii, 61, 63, 142
malaria, erradicación, 41, 45, 141
medicina veterinaria, enseñanza, 81
misión conjunta, poblaciones indígenas, 141–142
nutrición, 17, 18, 116, 142
peste, 56
saneamiento del medio, xiii, 11, 12, 14, 15, 142
servicios integrados de salud, 4, 141
tuberculosis, 60, 142
viruela, erradicación, 52, 56
zoonosis, 72
Peste, 56–57
casos notificados, 56–57
sistemas de notificación de casos, 28, 33
resúmenes de los proyectos: 145, 149
Pian (*véase* frambesia)
Poliomielitis, xviii, 64–67
Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomielitis, Segunda, xviii, 64–66, 67, 95, 98, 112, 156
becas para la, 93 (cuadro)
estudios sobre vacuna de virus vivo contra, 66, 155
Fundación Sister Elizabeth Kenny, xviii, 64, 95, 112
laboratorio de cultivos tisulares (Cali, Colombia), 66–67
servicios consultivos, 67
resúmenes de los proyectos: 151, 155, 156
Prácticas administrativas de servicios nacionales de salud, colaboración de OSP en, xx, 1, 104, 110, 156
Presupuesto (*véase* Programa y presupuesto)
Productos biológicos (*véase* Laboratorios de salud pública)
Productos medicinales, propaganda de, 110
Programa y presupuesto
cuotas, recaudación, xx–xxi, 107
Fondo de Trabajo, 107
fondos presupuestados y gastos, OPS/OMS, 1960, xx–xxi, 107–108
OMS, presupuesto ordinario, Región de las Américas, 1961, 107
OPS, anteproyecto de presupuesto, 1962, 110
OPS, presupuesto ordinario, 1961, 107, 109
Propaganda de productos medicinales, 110
Proyectos, lista de, xiii, 118–159
Publicaciones, 94–97, 108
distribución y venta, 108
publicaciones especiales, 95–96, 96 (cuadro)
serie documentos oficiales, 95
serie publicaciones científicas, 95
serie publicaciones varias, 95
publicaciones periódicas, 94–95
Boletín, OSP, 23, 26, 28, 34, 94, 97, 99, 108
Calendario mensual de reuniones internacionales, 94
Erradicación de la malaria, 94–95
Estadística sanitaria, 28, 94
Informe epidemiológico semanal, 28, 94
Puerto Rico
aterosclerosis, estudio, 102
fiebre aftosa, 75
influenza, centro, 67–68

Rabia, 68–70, 73, 74
actividades de control, 68–70, 73
becas, 87 (cuadro)
investigaciones, 73, 102, 103
vacuna y suero, producción, 69
resúmenes de los proyectos: 124, 149
Radiaciones ionizantes, protección contra las, 27, 80, 129–130, 153
Reglamento Sanitario Internacional, 28, 33
Rehabilitación física (*véase bajo* Atención médica)
Reino Unido (*véanse* Belice; Federación de las Indias Occidentales, *y* Guayana Británica; Jamaica, *y* Trinidad)
República Dominicana
Aëdes aegypti, erradicación, 48, 143

educación sanitaria, 40
enfermedades venéreas y frambesia, 58, 143
enfermería, enseñanza, 142
malaria, erradicación, 41, 142
saneamiento del medio, 15
servicios integrados de salud, 3, 10, 142–143
tuberculosis, 60
viruela, vacunación, 143
Resistencia a los insecticidas
Aëdes aegypti, xvii, 46, 47, 48, 49
anofelinos, xvii, 41–42, 43 (cuadro), 45, 102–103
Reuniones y acuerdos oficiales, 109–113
Comité Ejecutivo, OPS (40ª, 41ª, 42ª Reuniones), 111
Consejo Directivo, OPS (XII Reunión), 109–111
otras reuniones y conferencias, 111–112
convocadas por la OSP, lista de, 112
lista seleccionada, reuniones internacionales o nacionales, 113

Salmonelosis, xx, 72, 77, 102
Salud mental (*véase* Higiene mental)
Salud pública, enseñanza profesional (*véase bajo* Educación y adiestramiento)
Salud y el desarrollo económico
declaraciones del Director (*Introducción*), xi–xiii, xiii–xxi
Acta de Bogotá, x, xii
acuerdos del Consejo Directivo, xiii
financiamiento del desarrollo económico, xii
situación en América Latina, xi
desarrollo económico y abastecimiento de agua, xii, xii–xiii, xv–xvi, 11
evaluación de aportes de programas de salud al desarrollo económico, métodos de, xiii
repercusiones económicas de las actividades de salud, xiii
repercusiones económicas de la erradicación de la malaria, xiii, xvii, 103
Saneamiento del medio, xii–xiii, xiii, xv–xvi, 11–15
abastecimiento de agua, xii, xii–xiii, xv–xvi, 11, 11–14, 109–110
(*para más detalles véase* Agua, abastecimiento de)
adiestramiento en saneamiento del medio, 124, 138, 154, 157
becas, 86–87, 87 (cuadro), 88–89
escuelas de ingeniería sanitaria, directorio, 81
Comité Asesor en, OSP, 11, 94
desarrollo económico y el saneamiento del medio, xii, xii–xiii, xv–xvi, 11
eliminación de aguas negras y contaminación de corrientes de agua, xiii, 11, 15, 124, 146
eliminación de basuras y desechos, 11, 15, 29
Discusiones Técnicas sobre, 15, 29, 94, 110–111
financiamiento, programas de saneamiento, xii, xii–xiii, xv–xvi, 11, 12, 14
Banco Interamericano de Desarrollo, xii, xiii, xv, 12, 14
higiene de los alimentos, 14
higiene industrial, 11, 15, 146
saneamiento de establecimientos turísticos, 15, 152
saneamiento rural, 15
resúmenes de los proyectos: 124, 138, 146, 151, 152, 154, 157
Seminarios y reuniones internacionales, 112, 113 (cuadros)
(*véase también bajo tema correspondiente*)
Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (USPHS), xix, 81, 95, 102–103, 108
investigaciones médicas, colaboración en, xix, 102–103
(*véanse también* Centro de Enfermedades Transmisibles *e* Institutos Nacionales de Higiene)
Servicios integrados de salud, xv, 2–10
adiestramiento, 6–8
construcción o renovación de instalaciones de salud pública, 9
evaluación, 10
participación de la colectividad, 9–10
planeamiento y organización de la salud pública, xv, 2–6
requisitos profesionales y servicios de carrera de salud pública, xv, 1, 8–9
resúmenes de los proyectos: 119, 122, 124, 125, 127, 127–128, 130, 131, 133, 135, 135–136, 137, 139, 140, 141, 142–143, 144, 145
Servicios nacionales de salud, colaboración de la OSP, en materia de prácticas administrativas, xx–xxi, 1, 104, 110, 156
Servicios nacionales de salud, personal (*véase* Personal, servicios nacionales de salud)
Servicios nacionales de salud, planeamiento y organización (*véase* Servicios integrados de salud)
Sífilis (*véase* Enfermedades venéreas, control)
Suministros y compras, servicios de, OSP, 108
Surinam
Aëdes aegypti, erradicación, 49, 143
fiebre aftosa, 75
lepra, 61
malaria, erradicación, xvii, 45, 143

Tifus, 28
Traducción, servicios de, OSP, 108
Treponematosis (*véanse* Enfermedades venéreas *y* Frambesia)
Trinidad
Aëdes aegypti, erradicación, 46, 49
enfermedades venéreas y frambesia, 59
fiebre aftosa, 75
legislación de salud pública, 1, 144
lepra, 61
malaria, erradicación, 143–144
Triquinosis, 72, 74, 77, 102
Tuberculosis, xviii, 59–61
BCG, vacunación, campañas de, 59–60
becas, 87 (cuadro)
programa de colaboración, OPS, 59–60
programas de control, 60–61
quimioterapia y quimioprofilaxis, 59
isoniacida, xviii, 61
resúmenes de los proyectos: 120, 125, 133, 138, 142, 152
Tuberculosis bovina, 73, 74, 77, 102
Turismo, saneamiento de establecimientos de, 15

UNESCO (*véase* Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura)
UNICEF (*véase* Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)
Unión Panamericana (*véase* Organización de los Estados Americanos)
Universidad Johns Hopkins, 45, 102–103
Uruguay
Aëdes aegypti, erradicación, 46
educación sanitaria, 40
enfermería, enseñanza, 83, 84, 144
fiebre aftosa, 74, 75, 76
lepra, 61
rabia, 68
saneamiento del medio, 15, 86, 144
servicios integrados de salud, 6, 8, 9, 144
viruela, erradicación, 56
zoonosis, 72, 73

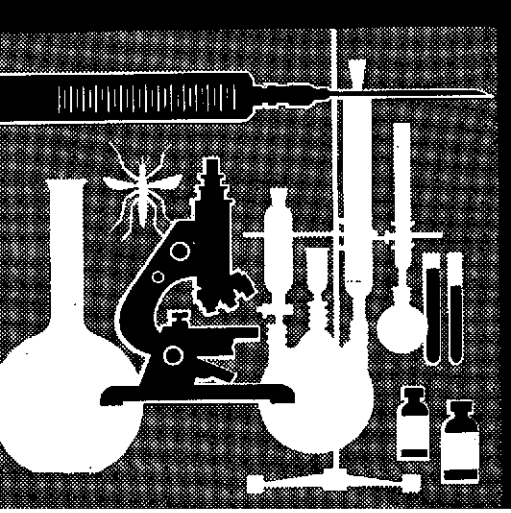
Vacunas (*véase nombre de la enfermedad*)
Venezuela
Aëdes aegypti y fiebre amarilla, 46, 48, 49, 51, 145
atención médica, 23
aterosclerosis, estudio, 102
becas adjudicadas por, 89

Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades, 29, 30, 34, 150
contribuciones
Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, 11, 110
educación sanitaria, 40
enfermedades venéreas y frambesia, 58, 58–59, 145
enfermería, enseñanza, 83, 84, 145
escuelas de medicina y salud pública, 79, 80, 145
fiebre aftosa, 74–75, 75, 76, 77
higiene industrial, 15, 146
laboratorios de salud pública, 37
malaria, erradicación, xvii, 41, 43, 44, 45, 86, 144–145
micosis, 68
nutrición, 18
peste, 56, 56–57, 145
saneamiento del medio, 11, 12, 14, 15, 146
servicios integrados de salud, 10, 145
viruela, erradicación, 52, 56
Veterinaria de salud pública
(*véanse* Brucelosis; Centro Panamericano de Fiebre Aftosa; Centro Panamericano de Zoonosis; Enseñanza de la medicina veterinaria; Higiene de los alimentos, *y* Rabia)
Virología, laboratorios de (*véase bajo* Laboratorios de salud pública)
Viruela, xvii, 51–56
casos notificados, xvii, 52–56
definición de la erradicación, 52
diagnóstico de laboratorio para evaluación, 35
sistemas de notificación, 28, 33
vacunas y vacunación, programas, 52, 52–56
resúmenes de los proyectos: 123–124, 126, 131, 140, 143, 149

Yodización de la sal, bocio endémico, xvi, xix, 18, 19

Zona del Canal de Panamá
Aëdes aegypti, erradicación, 46
malaria, erradicación, 146
rabia, 68–69
Zoonosis
(*véanse* Brucelosis; Centro Panamericano de Fiebre Aftosa; Centro Panamericano de Zoonosis, *y* Rabia)

Fotografías por Air Photographics Inc., Dr. Mário M. Chaves, Joaquín Gonzáles, McElroy & Richeson, Roberto Rendueles, Leonard H. Rude, Maxine Rude, Van Dyck e Ignacio Villarreal; y por cortesía del Ministerio de Salud Pública, Provincia de Buenos Aires, Argentina, y de las Naciones Unidas.



La investigación médica forma parte integrante esencial de un amplio programa de salud.

La Organización, con casi 60 años de relaciones oficiales con los Ministerios de Salud del Hemisferio, se halla en una posición excepcionalmente propicia para promover y coordinar la investigación médica internacional en las Américas.

La OPS procede actualmente a una ampliación de sus actividades en este campo y patrocina el adiestramiento de investigadores.