

**INDEXED**

**XVI MEETING**  
**Directing Council of the PAHO**

**XVII MEETING**  
**Regional Committee of the WHO**  
**for the Americas**

WASHINGTON, D.C.  
27 SEPTEMBER-11 OCTOBER 1965

**PRECIS MINUTES**  
**ANNEXES**



**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION**  
**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU, REGIONAL OFFICE OF THE**  
**WORLD HEALTH ORGANIZATION**

**1966**

**Official Documents**  
**of the Pan American Health Organization**

(Published in English and Spanish)

The following publications appear annually in the series *Official Documents of the Pan American Health Organization*:

**Annual Report of the Director** to the Directing Council of the Pan American Health Organization, in which the activities and accomplishments of the Organization are recorded. These publications are illustrated with maps and photographs and contain a general index. Every four years, when the Pan American Sanitary Conference meets, the Director presents, in addition, a Quadrennial Report to the Conference.

**Proposed Program and Budget**, which the Director prepares and submits to the Executive Committee and to the Directing Council (or to the Pan American Sanitary Conference). This volume contains an explanation of the proposed programs together with the corresponding budget estimates covering both the regular funds of the Pan American Health Organization and those of the World Health Organization, the Expanded Program of Technical Assistance, and other funds from different sources. The same document also presents the provisional draft budget of the following year for the Pan American Health Organization and for the World Health Organization, Region of the Americas.

**Financial Report of the Director and Report of the External Auditor**, for each fiscal year.

**Meetings of the Governing Bodies**—The Proceedings of the meetings of the Directing Council, Regional Committee of WHO for the Americas, include the Final Report of each meeting (published in a separate volume), the précis minutes of the plenary sessions, and selected working documents. The précis minutes and Final Reports of the meetings of the Executive Committee are published in separate volumes. The Proceedings of the Pan American Sanitary Conference are published every four years.

The *Official Documents* series also includes the Basic Documents of the Organization and the reports of special meetings.

**Recent Volumes**

- No. 65: Basic Documents of the Pan American Health Organization, 6th edition.
- No. 66: Final Report of the XVI Meeting of the PAHO Directing Council, XVII Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas (Bilingual Edition).
- No. 67: Proposed Program and Budget Estimates: Pan American Health Organization, 1967; World Health Organization, Region for the Americas, 1968; and Pan American Health Organization, Provisional Draft, 1968.
- No. 68: Financial Report of the Director and Report of the External Auditor for 1965.
- No. 69: XVI Meeting of the PAHO Directing Council, XVII Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas (Précis Minutes and Annexes).
- No. 70: Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau for 1965.
- No. 71: Final Report of the 54th Meeting of the PAHO Executive Committee (Bilingual Edition).
- No. 72: Quadrennial Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (1962-1965).
- No. 73: 54th Meeting of the Executive Committee (Précis Minutes and Final Report of the 53rd Meeting).

20529

INDEXED

**XVI REUNION**  
**Consejo Directivo de la OPS**

**XVII REUNION**  
**Comité Regional de la OMS**  
**para las Américas**

RA  
10  
.A6  
03  
no. 69

WASHINGTON, D.C.  
27 DE SEPTIEMBRE-11 DE OCTUBRE DE 1965



**ACTAS RESUMIDAS**  
**ANEXOS**

Documento Oficial No. 69

Agosto de 1966

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
**Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la**  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**  
525 Twenty-third Street, N. W.  
Washington, D. C. 20037, E.U.A.

*La XVI Reunión del Consejo Directivo, que se celebró en la ciudad de Washington, D.C., del 27 de septiembre al 11 de octubre de 1965, fue convocada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, de conformidad con la Resolución XIV adoptada por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión (19-23 de abril de 1965).*

*En el Documento Oficial 66 (abril de 1966) figura el Informe Final del Consejo Directivo, con todas las resoluciones adoptadas. El presente volumen contiene las actas resumidas de las sesiones plenarias, el programa de temas, la lista de participantes, la mesa directiva, la composición de las comisiones, y documentos de trabajo seleccionados, junto con el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo.*



## SUMARIO DE MATERIAS

### I. ORGANIZACION DE LA REUNION

	<i>Página</i>
Convocatoria de la Reunión.....	2
Lista de Representantes y otros participantes.....	3
Presidencia y Secretaría del Consejo Directivo y composición de sus comisiones.....	9
Programa de temas.....	12

### 2. ACTAS RESUMIDAS DE LAS SESIONES PLENARIAS

#### SESIÓN INAUGURAL (*Lunes, 27 de septiembre de 1965, a las 11:00 a.m.*)

Discurso del Señor Secretario de Salubridad y Asistencia de México, Dr. Rafael Moreno Valle .....	15
Discurso de Señor Secretario de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de América, John W. Gardner.....	17
Discurso del Señor Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, Dr. José A. Mora.....	18
Discurso del Señor Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. G. Candau .....	21
Discurso del Señor Presidente de la Fundación W. K. Kellogg, Dr. Emory W. Morris....	22
Discurso del Señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz.	22
Inauguración de la Reunión por el Presidente Provisional.....	24

#### PRIMERA SESIÓN PLENARIA (*Lunes, 27 de septiembre de 1965, a las 3:20 p.m.*)

Tema 2: Nombramiento de la Comisión de Credenciales.....	24
Primer Informe de la Comisión de Credenciales.....	24
Tema 3: Elección del Presidente y dos Vicepresidentes.....	25
Tema 4: Adopción del programa de temas.....	25
Tema 5: Constitución de la Comisión General.....	25
Tema 6: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo.....	26

#### SEGUNDA SESIÓN PLENARIA (*Martes, 28 de septiembre de 1965, a las 9:00 a.m.*)

Acuerdos de la Comisión General.....	26
Constitución de un grupo de trabajo sobre la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud.....	27
Tema 7: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	27

#### TERCERA SESIÓN PLENARIA (*Martes, 28 de septiembre de 1965, a las 3:10 p.m.*)

Tema 7: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ( <i>continuación</i> ) .....	43
---	----

## CUARTA SESIÓN PLENARIA (Miércoles, 29 de septiembre de 1965, a las 9:00 a.m.)

Tema 7: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ( <i>conclusión</i> ) .....	50
Proyecto de resolución del grupo de trabajo sobre la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud.....	53
Tema 8: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1964.....	53
Segundo Informe de la Comisión de Credenciales.....	57
Tema 9-A: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966.....	57

## QUINTA SESIÓN PLENARIA (Miércoles, 29 de septiembre de 1965, a las 3:15 p.m.)

Tema 9-A: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966 ( <i>conclusión</i> ).....	65
Tema 9-B: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1967.....	72
Tema 9-C: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1967.....	73
Tema 10: Informe sobre la recaudación de las cuotas.....	73

## SEXTA SESIÓN PLENARIA (Jueves, 30 de septiembre de 1965, a las 9:10 a.m.)

Tema 9-C: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1967 ( <i>conclusión</i> ).....	75
Tema 24: Resoluciones del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional.....	75
Tema 26: Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de la seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud.....	89

## SÉPTIMA SESIÓN PLENARIA (Jueves, 30 de septiembre de 1965, a las 3:10 p.m.)

Tema 26: Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de la seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud ( <i>continuación</i> ).....	93
Elección de Presidente Provisional.....	99
Tema 27: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas.....	99
Tema 34: Apoyo al programa mundial de erradicación de la viruela por los países de la Región de las Américas.....	99
Elección de Director de Debates y de Relator de las Discusiones Técnicas.....	104

## OCTAVA SESIÓN PLENARIA (Sábado, 2 de octubre de 1965, a las 9:10 a.m.)

Tema 27: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas ( <i>continuación</i> ).....	105
Tema 34: Apoyo al programa mundial de erradicación de la viruela por los países de la Región de las Américas ( <i>continuación</i> ).....	105
Tema 24: Resoluciones del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional ( <i>continuación</i> ).....	111

	<i>Página</i>
Proyecto de resolución propuesto por la Delegación de los Estados Unidos de América...	111
Tema 26: Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de la seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud ( <i>continuación</i> ).....	112
Proyecto de Resolución presentado por la Delegación de Panamá.....	112
Tema 11-A: Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas...	115
 <b>NOVENA SESIÓN PLENARIA (Lunes, 4 de octubre de 1965, a las 9:15 a.m.)</b>	
Exposición del Presidente del Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP), Dr. Carlos Sanz de Santamaría.....	124
Segundo informe del grupo de trabajo sobre la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud.....	131
Tema 11-A: Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas ( <i>continuación</i> ) .....	132
Tema 11-B: Financiamiento del programa de erradicación de la malaria en las Américas.	133
 <b>DÉCIMA SESIÓN PLENARIA (Lunes, 4 de octubre de 1965, a las 3:15 p.m.)</b>	
Tema 20: Elección de dos Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Costa Rica y Estados Unidos de América....	134
Tema 11-C: Cálculo de los requerimientos para la erradicación de la malaria en las Américas .....	134
Tema 29: Aportaciones financieras no gubernamentales para actividades de salud ( <i>conclusión</i> ) .....	138
Proyecto de resolución presentado por la Delegación del Reino Unido.....	138
Tema 13: Estado de los planes nacionales de salud.....	139
Tema 15: Informe sobre la racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana .....	145
Tema 23: Terceras Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial.....	147
 <b>UNDÉCIMA SESIÓN PLENARIA (Martes, 5 de octubre de 1965, a las 9:15 a.m.)</b>	
Tema 24: Resoluciones del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional ( <i>continuación</i> ).....	148
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de la Argentina sobre Inspección de la calidad de las preparaciones farmacéuticas.....	148
Tema 15: Informe sobre la racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana ( <i>conclusión</i> ) .....	150
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Jamaica.....	150
Apoyo técnico y financiero al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) ( <i>conclusión</i> ) .....	150
Proyecto de resolución presentado por la Delegación del Perú.....	150
Tema 23: Terceras Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial ( <i>conclusión</i> ).....	150
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Haití.....	150
Tema 22: La política y el programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud.....	150
Erradicación del <i>Aedes aegypti</i> en la Argentina.....	158

Tema 16: Organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana y enmiendas a los Artículos 7-D, 12-B y 14 de la Constitución.....	158
---	-----

DUODÉCIMA SESIÓN PLENARIA (*Martes, 5 de octubre de 1965, a las 3:20 p.m.*)

Tema 16: Organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana y enmiendas a los Artículos 7-D, 12-B y 14 de la Constitución ( <i>continuación</i> ).....	165
Tema 17: Lugar de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas y enmiendas al Artículo 7-A, B y C de la Constitución y al Artículo 1 del Reglamento Interno del Consejo Directivo.....	168
Tema 12: Planificación de hospitales y otros servicios de salud.....	170
Tema 11-A: Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas ( <i>continuación</i> ) .....	173
Tema 11-B: Financiamiento del programa de erradicación de la malaria en las Américas ( <i>continuación</i> ) .....	173
Tema 11-C: Cálculo de los requerimientos para la erradicación de la malaria en las Américas ( <i>continuación</i> ) .....	173
Informe del grupo de trabajo.....	173
Tema 12: Planificación de hospitales y otros servicios de salud ( <i>continuación</i> ).....	175
Tema 14: Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede.....	175
Tema 21: Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	177

DECIMOTERCERA SESIÓN PLENARIA (*Miércoles, 6 de octubre de 1965, a las 9:30 a.m.*)

Tema 11-A: Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas ( <i>conclusión</i> ) .....	178
Tema 11-B: Financiamiento del programa de erradicación de la malaria en las Américas ( <i>conclusión</i> ) .....	178
Tema 11-C: Cálculo de los requerimientos para la erradicación de la malaria en las Américas ( <i>conclusión</i> ) .....	178
Informe del grupo de trabajo.....	178
Tema 27: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas ( <i>continuación</i> ).....	178
Informe del grupo de trabajo.....	178
Tema 26: Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de la seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud ( <i>conclusión</i> ).....	180
Informe del grupo de trabajo.....	180
Tema 13: Estado de los planes nacionales de salud ( <i>conclusión</i> ).....	181
Informe del grupo de trabajo.....	181
Tema 22: La política y el programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud ( <i>conclusión</i> ).....	182
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de los Estados Unidos de América.	182
Tema 16: Organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana ( <i>conclusión</i> ).....	183
Proyecto de resolución presentado por la Delegación del Ecuador.....	183
Representación del Comité Ejecutivo en las reuniones del Consejo Directivo y de la Conferencia Sanitaria Panamericana.....	184
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Panamá.....	184

	<i>Página</i>
Tema 17: Enmiendas al Artículo 7 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud ( <i>continuación</i> ).....	184
Proyecto de resolución presentado por la Delegación del Brasil.....	184
Tema 17: Enmienda al Artículo 1 del Reglamento Interno del Consejo Directivo ( <i>conclusión</i> ) .....	185
Proyecto de resolución presentado por la Delegación del Brasil.....	185
Tema 12: Planificación de hospitales y otros servicios de salud ( <i>continuación</i> ).....	185
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de la Argentina.....	185
Tema 14: Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede ( <i>conclusión</i> ).....	186
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Trinidad y Tabago.....	186
Fondo de reserva para edificios y Fondo Especial para el Fomento de la Salud.....	186
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de los Estados Unidos de América.....	186
Erradicación del <i>Aedes aegypti</i> en la Argentina ( <i>conclusión</i> ).....	186
Proyecto de resolución sobre la erradicación del <i>Aedes aegypti</i> en la Argentina.....	186
Modificaciones propuestas al Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana .....	187
Tema 25: Adiestramiento de personal auxiliar.....	187
Tema 21: Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas ( <i>continuación</i> ).....	193
Constitución de un grupo de trabajo.....	193

DECIMOCUARTA SESIÓN PLENARIA (*Miércoles, 6 de octubre de 1965, a las 3:25 p.m.*)

Tema 21: Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas ( <i>continuación</i> ).....	194
Informe del grupo de trabajo.....	194
Tema 19: Discusiones Técnicas: "Métodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud" ( <i>continuación</i> ) .....	194
Informe del Relator.....	194
Tema 31: Procedimiento para la presentación de informes al Consejo Directivo.....	195
Tema 33: Contaminación de la atmósfera y del agua en América Latina.....	198

DECIMOQUINTA SESIÓN PLENARIA (*Jueves, 7 de octubre de 1965, a las 9:20 a.m.*)

Tema 21: Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas ( <i>conclusión</i> ).....	201
Temas seleccionados por el grupo de trabajo.....	201
Tema 27: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas ( <i>conclusión</i> ).....	202
Proyecto de resolución presentado por el grupo de trabajo.....	202
Tema 25: Adiestramiento de personal auxiliar ( <i>conclusión</i> ).....	203
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de México.....	203
Tema 31: Procedimiento para la presentación de informes al Consejo Directivo ( <i>conclusión</i> ) .....	203
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Guatemala.....	203
Tema 19: Discusiones Técnicas: "Métodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud" ( <i>conclusión</i> ) .....	203
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Chile.....	203

	<i>Página</i>
Tema 24: Resoluciones del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional ( <i>conclusión</i> ).....	204
Tema 33: Contaminación de la atmósfera y del agua en América Latina ( <i>conclusión</i> )..	204
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Costa Rica.....	204
Tema 32: Transporte internacional de cadáveres.....	207
Tema 12: Planificación de hospitales y otros servicios de salud ( <i>conclusión</i> ).....	209
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de la Argentina.....	209
Tema 30: Reconocimiento de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina por la Organización Panamericana de la Salud.....	211
Tema 18: Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana.	212
Tema 32: Transporte internacional de cadáveres ( <i>conclusión</i> ).....	213
Proyecto de resolución presentado por la Delegación de los Estados Unidos de América.	213
Tema 28: La epilepsia en las Américas.....	213
Convocatoria de la 53ª Reunión del Comité Ejecutivo.....	215

SESIÓN DE CLAUSURA (*Viernes, 8 de octubre de 1965, a las 11:15 a.m.*)

Expresión de simpatía y votos del Consejo por la salud del Presidente de los Estados Unidos de América.....	215
Aprobación y firma del Informe Final.....	215
Homenaje a la memoria del Dr. Guillermo Rojas Sucre, de Panamá.....	215
Clausura de la XVI Reunión del Consejo Directivo.....	216

### 3. ANEXOS

1. Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo.....	219
2. XIII Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas.....	225
3. Cálculo de los requerimientos para la erradicación de la malaria en las Américas.....	346
4. Financiamiento del programa de erradicación de la malaria en las Américas.....	382
Apéndice: Financiamiento del programa de la erradicación de la malaria en las Américas .....	382
5. Estado de la erradicación de la viruela en las Américas.....	384
6. Estado de los planes nacionales de salud.....	391
Apéndice: Informe Final del Grupo de Estudio sobre Planificación de Salud—Conclusiones .....	396
7. La política y el programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud .....	402
8. Contaminación de la atmósfera y del agua en América Latina.....	407
9. La epilepsia en las Américas.....	411
10. Transporte internacional de cadáveres.....	413
Apéndice 1: Resumen de la legislación vigente relativa al transporte internacional de cadáveres.....	414
Apéndice 2: Información sobre legislación recibida con posterioridad a la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo.....	416
Apéndice 3: Informe del Grupo de Estudio sobre Transporte Internacional de Cadáveres .....	416
Apéndice 4: Proyecto de normas generales para las Américas sobre transporte internacional de cadáveres.....	418

	<i>Página</i>
11. Organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana y Enmiendas a los Artículos 7-D, 12-B y 14 de la Constitución.....	420
Apéndice 1: Organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana.....	423
Apéndice 2: Estudio de la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana .....	425
Apéndice 3: Comunicaciones al Director de la OSP sobre la organización de la Conferencia .....	427
12. Terceras Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial.....	439
Apéndice: Terceras Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial.....	439
13. Informe sobre la racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana.	444
Apéndice: Informe sobre la racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana .....	445
14. Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede.....	447
Apéndice 1: Carta circular a todos los Gobiernos.....	448
Apéndice 2: Subcomité Permanente de Edificios y Obras.....	449
<b>Indice .....</b>	<b>451</b>

## **1. ORGANIZACION DE LA REUNION**



## CONVOCATORIA DE LA REUNION

Washington, D. C.  
28 de junio de 1965

*Estimado Sr. Ministro:*

*En virtud de la autorización conferida por la Resolución XIV de la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo y de conformidad con el Artículo 1 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, tengo el honor de convocar la XVI Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XVII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, que tendrá lugar en el nuevo edificio de la Sede, Washington, D. C., del 27 de septiembre al 8 de octubre de 1965.*

*Dado que la reunión será precedida de la ceremonia solemne de inauguración de la nueva Sede, nos veríamos muy honrados con la presencia personal de usted, señor Ministro, presidiendo la Delegación de su país, para así dar mayor realce a dicho acto inaugural, que constituirá un acontecimiento de gran importancia en la historia de nuestra Organización.*

*Adjunto a la presente el proyecto de programa de temas correspondiente, que fue aprobado por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión. Me he permitido añadir el tema 33 (Contaminación de la atmósfera y del agua en América Latina) de acuerdo con la facultad que me dio el Comité en esta materia y respondiendo a las sugerencias formuladas por varios Gobiernos en la 51ª Reunión del Comité Ejecutivo. Con arreglo a las disposiciones reglamentarias vigentes, me complaceré en incluir en dicho documento cualquier tema que su Gobierno proponga a la consideración del Consejo Directivo. En este caso, le agradeceré nos comuniqué su propuesta antes del 7 de agosto, remitiéndonos el documento que servirá de base a la discusión del tema correspondiente.*

*Al propio tiempo, tengo el honor de informarle que, de conformidad con el párrafo A del Artículo 17 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, el Comité Ejecutivo celebrará una reunión inmediata después de la reunión del Consejo Directivo.*

*Aprovecho la oportunidad para reiterar a usted el testimonio de mi más distinguida consideración.*

*(firmado)*

DR. ABRAHAM HORWITZ  
Director de la

Oficina Sanitaria Panamericana

## LISTA DE REPRESENTANTES Y OTROS PARTICIPANTES

### Gobiernos

#### ARGENTINA

##### *Representante:*

Dr. ARTURO OÑATIVIA, Ministro de Asistencia Social y Salud Pública, Buenos Aires

##### *Suplentes:*

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

Dr. JULIO C. BLAKSLEY, Director de Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Buenos Aires

##### *Asesor:*

Dr. ENRIQUE MAURICIO ROZITCHNER, Médico a cargo del Servicio de Psiquiatría Preventiva del Hospital Rivadavia, Buenos Aires

#### BRASIL

##### *Representante:*

Dr. RAYMUNDO DE BRITTO, Ministro de Salud, Brasilia, D. F.

##### *Suplentes:*

Dr. ACHILES SCORZELLI, JR., Director General del Departamento Nacional de Salud, Ministerio de Salud, Río de Janeiro

Dr. MANOEL JOSÉ FERREIRA, Director General del Departamento Nacional de Endemias Rurales, Ministerio de Salud, Río de Janeiro

Dr. MURILLO BASTOS BELCHIOR, Director Ejecutivo de la Comisión de Asuntos Internacionales, Ministerio de Salud, Río de Janeiro

#### COLOMBIA

##### *Representante:*

Dr. JUAN JACOBO MUÑOZ, Ministro de Salud Pública, Bogotá

##### *Suplentes:*

Dr. ROBERTO ACOSTA BORRERO, Director del

Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública, Bogotá

Dr. JOSÉ CAMACHO, Ministro Plenipotenciario, Embajada de Colombia, Washington, D. C.

#### COSTA RICA

##### *Representante:*

Ing. EDISON RIVERA CASTAING, Jefe Coordinador de la Oficina Sectorial de Planificación, Ministerio de Salubridad Pública, San José

##### *Suplente:*

Ing. MANUEL ENRIQUE FOURNIER, Sección de Planificación de Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social, San José

#### CUBA

##### *Representante:*

Dr. DANIEL ALONSO MENÉNDEZ, Vice-Ministro de Docencia Médica, Ministerio de Salud Pública, La Habana

##### *Suplente:*

Dr. RAMÓN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Asesor Nacional de la Campaña Anti-Malárica, La Habana

#### CHILE

##### *Representante:*

Dr. RAMÓN VALDIVIESO, Ministro de Salud Pública, Santiago

##### *Suplente:*

Dr. CONRADO RISTORI COSTALDI, Jefe del Departamento Técnico del Servicio Nacional de Salud, Santiago

#### ECUADOR

##### *Representante:*

Dr. MIGUEL EDUARDO YÉPEZ ASCHIERI, Co-Director del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, Ministerio de Previsión Social y Trabajo, Quito

*Suplente:*

Dr. GONZALO PAREDES CRESPO, Primer Secretario de la Delegación ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D. C.

**EL SALVADOR***Representante:*

Dr. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA, Subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador

*Suplente:*

Dr. ALBERTO AGUILAR RIVAS, Secretario Coordinador del Departamento de Planificación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador

**ESTADOS UNIDOS DE AMERICA***Representante:*

Dr. LUTHER L. TERRY, Cirujano General, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.

*Suplentes:*

Sr. HOWARD B. CALDERWOOD, Oficina de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales, Secretaría de Estado, Washington, D. C.

Dr. CHARLES L. WILLIAMS, JR., Institutos Nacionales de Higiene, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.

*Asesores:*

Dr. BENJAMIN D. BLOOD, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.

Sr. LEONARD M. BOARD, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.

Sr. PAUL J. BYRNES, Oficina de Administración Internacional, Secretaría de Estado, Washington, D. C.

Dr. JOHNATHAN E. FINE, Agencia para el Desarrollo Internacional, Oficina de América Latina, Washington, D. C.

Dr. ROBERT D. GROVE, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.

Dr. FORREST E. LINDER, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.

Dr. IWAO N. MORIYAMA, Jefe, Oficina de Análisis

de Estadísticas de Salud, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.

Dr. HEINZ SPECHT, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.

Sr. SIMON N. WILSON, Oficina de Asuntos Interamericanos, Secretaría de Estado, Washington, D. C.

**FRANCIA***Representante:*

Dr. RAYMOND G. HYRONIMUS, Inspector General Adjunto de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública y de la Población, París

*Suplente:*

Dr. JEAN GUEUNIER, Inspector Médico Regional, Región Sanitaria Antillas-Guayana, Fort-de-France, Martinica

**GUATEMALA***Representante:*

Dr. ORLANDO AGUILAR HERRERA, Subdirector de Sanidad Pública, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala

**HAITI***Representante:*

Sr. GÉRARD PHILIPPEAUX, Secretario de Estado de Salud Pública y de la Población, Puerto Príncipe

*Suplente:*

Dr. HUBERT DELVA, Director Técnico, Servicio de Salud Rural Domiciliario, Puerto Príncipe

**HONDURAS***Representante:*

Dr. JOSÉ ANTONIO PERAZA, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Tegucigalpa

*Suplente:*

Dr. CARLOS A. PINEDA MUÑOZ, Jefe de la Unidad de Planificación de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Tegucigalpa

**JAMAICA***Representante:*

Dr. CHARLES COURTNEY WEDDERBURN, Oficial

Médico Principal, Ministerio de Salud, Kingston

Sr. PATRICK W. C. BURKE, Secretario Permanente, Ministerio de Salud, Kingston

**MEXICO**

*Representante:*

Dr. RAFAEL MORENO VALLE, Secretario de Salubridad y Asistencia, México, D. F.

*Suplente:*

Dr. PEDRO DANIEL MARTÍNEZ, Subsecretario de Salubridad, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, D. F.

*Asesor:*

Dr. MANUEL B. MÁRQUEZ ESCOBEDO, Director General, Oficina de Asesoría y Supervisión Técnica, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, D. F.

**NICARAGUA**

*Representante:*

Dr. ALFONSO BONICHE VÁSQUEZ, Ministro de Salubridad Pública, Managua

**PANAMA**

*Representante:*

Dr. RODERICK ESQUIVEL, Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, Panamá

*Suplentes:*

Dr. ALBERTO E. CALVO, Director General de Salud Pública, Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, Panamá

Dr. LUIS DOMINGO ALFARO, Director Médico General, Caja del Seguro Social, Panamá

Dr. RAFAEL VÁSQUEZ, Sub-Director Médico General, Caja del Seguro Social, Panamá

**PARAGUAY**

*Representante:*

Dr. CLAUDIO L. PRIETO, Director General de Salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción

**PERU**

*Representante:*

Dr. CARLOS QUIRÓS SALINAS, Director General de Salud y Representante Permanente ante los

Organismos Sanitarios Internacionales, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima

*Suplente:*

Dr. PEDRO CARDICH, Director de Sanidad e Intercambios Internacionales, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima

**REINO DE LOS PAISES BAJOS**

*Representante:*

Dr. HEMRADJ SHRIEMISIER, Ministro de Salud, Paramaribo, Surinam

*Suplentes:*

Dr. HOWARD CYRIL TJON SIE FAT, Director de Salud, Ministerio de Salud, Paramaribo, Surinam

Srta. CHRISTINE YVONNE HENNY, Segundo Secretario, Embajada de los Países Bajos, Washington, D. C.

**REINO UNIDO**

*Representante:*

Dr. CHARLES C. NICHOLSON, Oficial Médico Principal, Ministerio de Salud y Vivienda, Georgetown, Guayana Británica

**REPUBLICA DOMINICANA**

*Representante:*

Dr. MANUEL E. PICHARDO SARDÁ, Vice-Ministro de Previsión Social, Ministerio de Estado de Salud y Previsión Social, Santo Domingo

**TRINIDAD Y TABAGO**

*Representante:*

Dr. LEONARD M. COMISSIONG, Oficial Médico Principal, Ministerio de Salud y Vivienda, Puerto de España, Trinidad

*Suplentes:*

Sir ELLIS CLARKE, Representante Permanente de Trinidad y Tabago ante las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y.

Sr. SOLOMON S. LUTCHMAN, Consejero, Embajada de Trinidad y Tabago, Washington, D. C.

**URUGUAY**

*Representante:*

Dr. EMILIO N. ORIBE, Embajador, Representante

del Uruguay ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D. C.

*Suplentes:*

Sr. RUBÉN A. CHELLE, Consejero de la Delegación del Uruguay ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D. C.

Sr. ADOLFO CASTELLS, Primer Secretario de la Delegación del Uruguay ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D. C.

**VENEZUELA**

*Representante:*

Dr. DOMINGO GUZMÁN LANDER, Ministro de Sanidad y Asistencia Social, Caracas

*Suplentes:*

Dr. FRANCISCO CASTILLO REY, Médico Jefe de la Secretaría del Ministro, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas

Dr. JOSÉ LUIS APONTE-VILLEGAS, Director de los Servicios Regionales de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas

*Asesor Técnico:*

Lic. GERARDO E. WILLS, Segundo Secretario, Delegación de Venezuela ante la Organización de los Estados Americanos, Washington, D. C.

**CANADA**

*Observadores Oficiales:*

Srta. JUDY LAMARSH, Ministro de Salud y Bienestar Nacional, Ottawa

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

Dr. PAUL C. DUBÉ, Asistente del Oficial Médico Principal, Salud Internacional, Ministerio de Salud y Bienestar Nacional, Ottawa

**Organización Mundial de la Salud**

Dr. M. G. CANDAU, Director General

Sr. MILTON P. SIEGEL, Subdirector General

Srta. BERNICE NEWTON, Jefe, Coordinación Administrativa

Sra. Y. WARNER, Asistente del Director General

**Oficina Sanitaria Panamericana**

Dr. ABRAHAM HORWITZ, Director, Secretario *ex officio* del Consejo.

Dr. JOHN C. CUTLER, Director Adjunto

Dr. VÍCTOR A. SUTTER, Subdirector

Dr. STUART PORTNER, Jefe de Administración

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

Dr. ALFREDO ARREAZA GUZMÁN, Jefe, Zona IV

Dr. MOISÉS BÉHAR, Director, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

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

Dr. ALFREDO LEONARDO BRAVO, Asesor Especial

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

Dr. EMILIO BUDNIK, Oficial Internacional de Enlace

Dr. HÉCTOR A. COLL, Jefe, Zona II

Dr. OSWALDO L. COSTA, Jefe, Departamento de Promoción de la Salud

Dr. MARCOS CHARNES, Jefe, Departamento de Becas

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

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

Dr. ABRAHAM DROBNY, Jefe, Oficina de Evaluación e Informes

Dr. HUMBERTO FLISFISCH, Asesor Especial

Dr. JOSÉ L. GARCÍA GUTIÉRREZ, Jefe, Zona I

Dr. RENÉ GONZÁLEZ, Asesor Regional en Salud Mental

Dr. MARK D. HOLLIS, Jefe, Departamento de Saneamiento del Medio

Dr. E. ROSS JENNEY, Jefe, Zona III

Dr. JOSÉ JIMÉNEZ GANDICA, Jefe, Oficina de Campo, El Paso

Dr. HENRIQUE MAIA PENIDO, Jefe, Zona VI

Dr. JAMES S. MCKENZIE-POLLOCK, Jefe, Oficina de Planificación Nacional de Salud

Sr. CLARENCE H. MOORE, Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas

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

Dr. JOSÉ QUERO MOLARES, Oficial de Relaciones Externas

Dr. SANTIAGO RENJIFO SALCEDO, Jefe, Zona V

Dr. RAMÓN VILLARREAL, Unidad de Educación Médica y Adiestramiento para la Investigación

Sr. JOSÉ RODRÍGUEZ OLAZÁBAL, Jefe, Servicios de Secretaría de la Reunión

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

**Observadores**

**ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS**

Dr. JOSÉ A. MORA, Secretario General  
 Dr. WALTER SEDWITZ, Subsecretario para Asuntos Económicos y Sociales  
 Dr. JAIME POSADA, Subsecretario para Asuntos Culturales, Científicos y de Información  
 Sr. O. HOWARD SALZMAN, Director Adjunto Interino, Departamento de Cooperación Técnica  
 Sra. ALZORA H. ELDRIDGE, Oficial de Enlace con Organismos  
 Dr. JESSE PERKINSON, Director, Departamento de Asuntos Científicos  
 Dr. FRANCISCO CÉSPEDES, Director de Asuntos Educativos  
 Sr. BERYL FRANK, Jefe, Programa de Seguridad Social, Departamento de Asuntos Sociales  
 Sr. ARMANDO CASSORLA, Asistente Especial, Subsecretaría para Asuntos Económicos y Sociales  
 Sr. JOSÉ CARLOS RUIZ, Asesor, Subsecretaría para Asuntos Culturales, Científicos y de Información

**NACIONES UNIDAS**

Sr. LUIS ALBERTO RODRÍGUEZ, Subjefe, Oficina de Washington, Comisión Económica para la América Latina, Washington, D. C.

**ORGANISMOS ESPECIALIZADOS DE LAS NACIONES UNIDAS Y ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES**

*Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*  
 Dr. OSCAR VARGAS-MÉNDEZ, Director Regional para las Américas, UNICEF, Naciones Unidas, Nueva York, N. Y.

*Oficina Internacional del Trabajo*

Dr. LUIS ALVARADO G., Director, Oficina de Enlace en Washington para Actividades Latinoamericanas, Washington, D. C.

**ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES**

*Asociación Médica Mundial*

Dr. OTIS L. ANDERSON, Subgerente, Oficina de Washington, Asociación Médica Americana, Washington, D. C.

*Confederación Médica Panamericana*

Dr. JAIME SZNAJDER, Ann Arbor, Michigan

*Confederación Mundial de Fisioterapia*

Sra. BRUNETTA K. GILLET, Washington, D. C.

*Consejo Internacional de Enfermeras*

Srta. JULIA S. RANDALL, Consultora de Enfermería, Servicio de Salud Pública de los E.U.A., Silver Spring, Maryland

*Consejo Internacional de Servicios Judíos de Previsión y Asistencia Social*

Dr. ARTHUR J. LESSER, Jefe Adjunto, Oficina del Niño, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.

*Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas*

Dr. ZYGMUNT DEUTSCHMAN, Academia Nacional de Ciencias, Consejo Nacional de Investigaciones, División de Ciencias Médicas, Washington, D. C.

*Federación Internacional de Colegios de Cirujanos*

Capitán DAVID P. OSBORNE, M. C., Jefe de Cirugía, Hospital Naval de los Estados Unidos de América, Bethesda, Maryland

*Federación Internacional de la Diabetes*

Dr. HOWARD F. ROOT, Presidente de la Federación, Clínica Joslin, Boston, Massachusetts

*Federación Internacional de Hospitales*

Dr. VANE M. HOGE, Director, Oficina Panamericana de la Federación, Washington, D. C.

Dr. JOSÉ GONZÁLEZ, Secretario, Oficina Panamericana de la Federación, Washington, D. C.

*Federación Internacional de Odontología*

Sr. H. M. CHRISTENSEN, Director, Oficina de Washington, Asociación Dental Americana, Washington, D. C.

*Federación Mundial de Ergoterapeutas*

Sra. I. R. ACHTER, Jefe de Ergoterapia, Hospital General del Distrito de Columbia, Washington, D. C.

Srta. MARJORIE FISH, Consultora en Ergoterapia, División de Adiestramiento, Administración de Rehabilitación Vocacional, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D. C.

*Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos*

Dr. SOLOMON N. ALBERT, Director, Departamento de Anestesiología, Centro Hospitalario de Washington, Washington, D. C.

*Federación Mundial de Veteranos de Guerra*

Sr. C. STANLEY ALLEN, Secretario Ejecutivo,

Consejo de los E.U.A. de la Federación, Washington, D. C.

*Fundación Rockefeller*

Dr. JOHN M. WEIR, Director, Nueva York, N. Y.

*Fundación W. K. Kellogg*

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

*Liga de Sociedades de la Cruz Roja*

Srta. ANN MAGNUSSEN, Consultora en Enfermería, División de Normas de Atención Médica, Oficina de Servicios a la Familia, Cruz Roja Norteamericana, Washington, D. C.

*Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea*

Sr. ALTON D. TRIPPE, Subdirector Administrativo, Programa de Sangre, Cruz Roja Norteamericana, Washington, D. C.

Srta. ROBINA MAY WALTERS, Subdirector de Enfermería, Programa de Sangre, Cruz Roja Norteamericana, Washington, D. C.

*Unión Internacional de Arquitectos*

Sr. J. WARE, Jackson, Mississippi

*Unión Internacional contra las Enfermedades Venéreas y las Treponematosis*

Sra. JOSEPHINE V. TULLER, Director, Oficina Regional para las Américas, Nueva York, N. Y.

*Unión Internacional de Protección a la Infancia*

Sr. GLEN F. LEET, Director Ejecutivo

Sr. FRANK BARRY, Coordinador para la América Latina de la Fundación para el Desarrollo de la Comunidad, Nueva York, N. Y.

Sr. MELVIN E. FRAREY, Director de Programas

---

## PRESIDENCIA Y SECRETARIA DEL CONSEJO DIRECTIVO Y COMPOSICION DE SUS COMISIONES

### Presidencia

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

*Presidente:*

Dr. RAYMUNDO DE BRITTO, Brasil

*Vicepresidentes:*

Dr. JUAN JACOBO MUÑOZ, Colombia

Dr. JOSÉ ANTONIO PERAZA, Honduras

*Secretario ex officio:*

Dr. ABRAHAM HORWITZ, Director, Oficina Sanitaria Panamericana

De conformidad con el Artículo 20 del Reglamento Interno, el Representante de Panamá, Dr. Roderick Esquivel, fue elegido para presidir interinamente las sesiones en que estuvieren ausentes el Presidente y los dos Vicepresidentes.

### Comisión de Credenciales

La Comisión de Credenciales quedó compuesta, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 24 del Reglamento Interno, por los siguientes miembros:

*Presidente:*

Dr. CARLOS QUIRÓS SALINAS, Perú

*Relator:*

Dr. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA, El Salvador

*Vocal:*

Dr. LEONARD M. COMMISSIONG, Trinidad y Tabago

### Comisión General

Con la elección de los Representantes del Ecuador, Estados Unidos de América, México y Venezuela, de conformidad con el Artículo 25 del Reglamento Interno, la Comisión General quedó integrada como sigue:

Dr. RAYMUNDO DE BRITTO

Presidente del Consejo

Brasil

Dr. RODERICK ESQUIVEL

Presidente Interino

Panamá

Dr. JUAN JACOBO MUÑOZ

Vicepresidente del Consejo

Colombia

Dr. JOSÉ ANTONIO PERAZA

Vicepresidente del Consejo

Honduras

Dr. MIGUEL EDUARDO YÉPEZ ASCHIERI

Representante

Ecuador

Dr. CHARLES L. WILLIAMS, JR.

Representante

Estados Unidos de América

Dr. PEDRO DANIEL MARTÍNEZ

Representante

México

Dr. FRANCISCO CASTILLO REY

Representante

Venezuela

Dr. ABRAHAM HORWITZ

(Secretario *ex officio*)

Director, Oficina Sanitaria Panamericana

### Inauguración del Nuevo Edificio de la Sede y sesión inaugural de la Reunión

La sesión inaugural, que constituyó al mismo tiempo el acto solemne de inauguración del nuevo edificio de la Sede, tuvo lugar en el Salón de Conferencias del mismo, el día 27 de septiembre de 1965, a las once de la mañana, bajo la presidencia del Excmo. Señor Secretario de Salubridad y Asistencia de México, Dr. Rafael Moreno Valle, Presidente Provisional de la XVI Reunión del Consejo Directivo, y con asistencia de las autoridades del Gobierno de los Estados Unidos de América, del Cuerpo Diplomático, de las Delegaciones de los distintos



países participantes en la Reunión y de representantes de organizaciones internacionales y nacionales.

Pronunciaron discursos el Presidente Provisional de la Reunión, Dr. Moreno Valle, el Excmo. Señor Secretario de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de América, John W. Gardner, el Excmo. Señor Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, Dr. José A. Mora, el Excmo. Señor Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. G. Candau, el Presidente de la Fundación W. K. Kellogg, Dr. Emory W. Morris, y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz. Con ellos ocupó la Mesa Presidencial el Dr. Fred L. Soper, Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana. Finalmente, el Presidente Provisional declaró oficialmente inaugurada la XVI Reunión del Consejo Directivo.

#### **Donaciones de objetos de arte para el edificio de la Sede**

Respondiendo a las sugerencias formuladas a los Gobiernos en una carta circular del Director de la OSP, sobre el interés de la Organización en que el nuevo edificio de la Sede sea, en la medida de lo posible, un exponente de la cultura y el arte de los distintos pueblos de América, se hizo entrega en solemnes ceremonias de los donativos siguientes:

Una pintura abstracta del artista, Jean McEwen, de Montreal, Canadá, presentada por la Excmo. Ministro de Salud y Bienestar Nacional del Canadá, Judy LaMarsh.

Un cuadro del artista chileno Nemesio Antúnez, titulado "Rayos azules", ofrecido por la "Pharmaceutical Manufacturers' Association", en nombre de la industria farmacéutica de los Estados Unidos de América. Hizo entrega de este donativo el Sr. Edward Landreth, Vicepresidente de los "Winthrop Laboratories".

Una escultura del artista argentino Pablo Cura-tella Núñez, titulada "Tierra argentina", que fue entregada por el Ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Argentina, Excmo. Señor Dr. Arturo Oñativia.

Una pintura de José Chávez Morado, titulada "Guanajuato", que fue presentada por el Embajador de México, Excmo. Señor Hugo B. Margáin.

Un cuadro, titulado "Nacimiento al Venus", del pintor Mabé, obsequio del Gobierno del Brasil y presentado por el Ministro Consejero de la Emba-

jada en Washington, Sr. Jorge de Carvalho e Silva y el Excmo. Señor Ministro de Salud, Dr. Ray-mundo de Britto.

El Gobierno de Honduras donó cuatro cuadros: "Composición", de Mario Castillo; "Retrato", de Max Auceda; "Composición", de Arturo Luna, y "Policromía de Rodán", de López Rodezno.

#### **Grupos de Trabajo**

Se constituyeron seis grupos de trabajo. El primero, encargado de estudiar la aplicación del párrafo B del Artículo 6 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, celebró dos sesiones, que fueron presididas, respectivamente, por el Dr. Rafael Moreno Valle y el Dr. Pedro Daniel Martínez, ambos de México. Integraron además el grupo el Dr. Charles L. Williams, Jr. y el Sr. Howard B. Calderwood (Estados Unidos de América) y el Dr. José Luis Aponte-Villegas (Venezuela).

El segundo grupo de trabajo, encargado de preparar un proyecto de resolución sobre el tema 26 (Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud), quedó integrado por el Dr. Pedro Daniel Martínez (México), Presidente; el Dr. Manoel José Ferreira (Brasil), Relator; el Ing. Edison Rivera (Costa Rica); el Dr. Ramón Valdívieso (Chile), y el Dr. Alberto E. Calvo (Panamá).

El tercer grupo de trabajo, que preparó proyectos de resolución sobre los temas 11-A, 11-B y 11-C, todos ellos relacionados con el programa de erradicación de la malaria en las Américas, estuvo integrado por el Dr. Miguel Eduardo Yépez Aschieri (Ecuador), Presidente; el Dr. Julio C. Blaksley (Argentina), Relator; el Dr. Achilles Scorzelli, Jr. (Brasil); el Dr. Alberto Aguilar Rivas (El Salvador); el Sr. Leonard M. Board (Estados Unidos de América); el Dr. Manuel B. Márquez Escobedo (México), y los Dres. Francisco Castillo Rey y José Luis Aponte-Villegas (Venezuela).

El cuarto grupo de trabajo, encargado de preparar un proyecto de resolución sobre el tema 27 (Estado de la erradicación de la viruela en las Américas) quedó integrado por el Dr. Claudio L. Prieto (Paraguay), Presidente; el Dr. Julio C. Blaksley (Argentina), Relator; el Dr. Daniel Alonso Menéndez (Cuba); el Dr. Charles L. Williams, Jr. y el Sr. Leonard M. Board (Estados Unidos de América);

el Dr. Alfonso Boniche Vásquez (Nicaragua), y el Dr. Carlos Quirós Salinas (Perú).

El quinto grupo de trabajo, que se encargó de preparar un proyecto de resolución sobre el tema 13 (Estado de los planes nacionales de salud), estuvo integrado por el Dr. Orlando Aguilar Herrera (Guatemala), Presidente; el Dr. Conrado Ristori Costaldi (Chile); el Dr. Alberto Aguilar Rivas (El Salvador), y el Sr. Gérard Philippeaux (Haití).

El sexto grupo de trabajo, encargado de preparar un informe sobre el tema 21 (Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas), estuvo integrado por el Dr. Roderick Esquivel (Panamá), Presidente; el Dr. Manoel José Ferreira (Brasil); el Dr. Roberto Acosta Borrero (Colombia), y el Dr. Pedro Daniel Martínez (México).

Todos estos grupos presentaron los correspondientes informes y proyectos de resolución en sesión plenaria.

#### **Discusiones Técnicas**

En las Discusiones Técnicas del Consejo Directivo, que tuvieron lugar el día 1 de octubre, se examinó el tema "Métodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud". La Mesa estuvo constituida como sigue:

#### *Director de Debates:*

Dr. CHARLES L. WILLIAMS, JR., Institutos Nacionales de Higiene, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, Estados Unidos de América

#### *Relator:*

Dr. CONRADO RISTORI COSTALDI, Jefe del Departamento Técnico, Servicio Nacional de Salud, Chile

#### *Secretaria Técnica:*

Dra. RUTH R. PUFFER, Jefe del Departamento de Estadísticas de Salud, Oficina Sanitaria Panamericana

El grupo de expertos designados por la Oficina Sanitaria Panamericana, estuvo integrado por el Dr. Alberto E. Calvo, de Panamá; el Dr. Carlos Luis González, de Venezuela; el Dr. Herman E. Hilleboe, de los Estados Unidos de América; el Dr. W. P. D. Logan, de la Sede de la OMS; el Dr. Nelson Luiz de Araujo Moraes, del Brasil, y el Dr. Enrique Pereda O., de Chile.

En la decimocuarta sesión plenaria, el Consejo Directivo examinó el informe de las Discusiones Técnicas,<sup>1</sup> adoptando una resolución sobre este tema en la siguiente sesión.

<sup>1</sup> *Publicación Científica de la OPS 127, 1-11.*

## PROGRAMA DE TEMAS

1. Inauguración de la Reunión
2. Nombramiento de la Comisión de Credenciales
3. Elección del Presidente y dos Vicepresidentes
4. Adopción del programa de temas
5. Constitución de la Comisión General
6. Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo
7. Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
8. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1964
- 9-A. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966
- 9-B. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1967
- 9-C. Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1967
10. Informe sobre la recaudación de las cuotas
- 11-A. Informe sobre el estado de erradicación de la malaria en las Américas
- 11-B. Financiamiento del programa de erradicación de la malaria en las Américas
- 11-C. Cálculo de los requerimientos para la erradicación de la malaria en las Américas
12. Planificación de hospitales y otros servicios de salud
13. Estado de los planes nacionales de salud
14. Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede
15. Informe sobre la racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana
16. Organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana y Enmiendas a los Artículos 7-D, 12-B y 14 de la Constitución
17. Lugar de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas y Enmiendas al Artículo 7-A, B y C de la Constitución y al Artículo 1 del Reglamento Interno del Consejo Directivo
18. Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
19. Discusiones Técnicas: "Métodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud"
20. Elección de dos Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Costa Rica y Estados Unidos de América
21. Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas
22. La política y el programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud
23. Terceras Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial
24. Resoluciones del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional
25. Adiestramiento de personal auxiliar
26. Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud
27. Estado de la erradicación de la viruela en las Américas
28. La epilepsia en las Américas
29. Aportaciones financieras no gubernamentales para actividades de salud
30. Reconocimiento de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina por la Organización Panamericana de la Salud
31. Procedimiento para la presentación de informes al Consejo Directivo
32. Transporte internacional de cadáveres
33. Contaminación de la atmósfera y del agua en América Latina
34. Apoyo al programa mundial de erradicación de la viruela por los países de la Región de las Américas
35. Erradicación del *Aedes aegypti* en la Argentina<sup>1</sup>
36. Otros asuntos

<sup>1</sup>Tema incluido por el Consejo en su undécima sesión plenaria.

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



## SESIONES PLENARIAS

### SESION INAUGURAL

*Lunes, 27 de septiembre de 1965, a las 11:00 a.m.*

La sesión inaugural, que constituyó al mismo tiempo el acto solemne de inauguración del nuevo edificio de la Sede, se efectuó en el Salón de Conferencias del mismo, en Washington, D.C., el 27 de septiembre de 1965, a las 11 de la mañana, con la asistencia de autoridades del Gobierno de los Estados Unidos de América, del Cuerpo Diplomático, de las Delegaciones de los diversos países participantes en la Reunión del Consejo Directivo y de representantes de organizaciones internacionales y nacionales.

Ocuparon la tribuna presidencial, junto al Presidente Provisional de la XVI Reunión del Consejo Directivo, el Excmo. Señor Secretario de Salubridad y Asistencia de México, Dr. Rafael Moreno Valle, el Excmo. Señor Secretario de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de América, John W. Gardner; el Excmo. Señor Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, Dr. José A. Mora; el Excmo. Señor Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. G. Candau; el Presidente de la Fundación W. K. Kellogg, Dr. Emory W. Morris; el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz; y el Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Fred L. Soper.

A continuación aparece el texto de los discursos pronunciados en dicho acto.

#### **Discurso del Señor Secretario de Salubridad y Asistencia de México, Dr. Rafael Moreno Valle**

La Organización Panamericana de la Salud celebra con justificado entusiasmo la inauguración del edificio de su Sede, el cual, por su solidez y belleza, por su amplitud, y por su funcional arquitectura, representa o simboliza lo que es la Organización Panamericana de la Salud y su órgano ejecutivo, la Oficina Sanitaria Panamericana: un organismo grandioso en su concepción y en sus esfuerzos por conservar y superar la salud de los pueblos de América; grandioso por la limpieza de sus procedimientos y la generosidad de sus propósitos—grandioso, en suma, porque es un ejemplo y una demostración de que los pueblos americanos están unidos en la prosecución de metas comunes y en acciones coordinadas para luchar, en forma permanente, contra las enfermedades, preparar los equipos humanos encargados de esa tarea y realizar la investigación científica necesaria para el progreso. La Or-

ganización Panamericana de la Salud es un modelo de democracia, en la que impera el respeto entre todos los pueblos que la integran y en donde la cooperación internacional se desenvuelve sin menoscabo de la independencia y soberanía de las naciones. Nuestra Organización constituye en verdad una atalaya de la solidaridad humana.

Este edificio es una de las metas importantes alcanzadas por la OSP en su largo y fructífero camino recorrido durante sesenta y tres años. Estamos seguros que es la realización del sueño de quienes nos precedieron y que anhelaban que llegara un día como el de hoy, en que todas las naciones de América estuvieran representadas no sólo para celebrar jubilosamente la inauguración de su espléndida Sede, sino para reafirmar sus propósitos de constante superación en su lucha infatigable por mejorar la salud de todos los pueblos americanos.

Debemos expresar nuestra profunda satisfacción por la presencia de tan distinguidas personalidades,

auténticos representantes de sus Gobiernos y de sus pueblos. La participación de todos ha sido y será decisiva para la buena marcha de este organismo de salud. Ante ellos deseamos expresar al Gobierno de los Estados Unidos de América el reconocimiento de nuestra Organización por haber cedido el solar en donde ha sido levantada su Sede. Va también nuestro público reconocimiento a la Fundación W. K. Kellogg por la importantísima contribución económica que hizo factible la construcción de este edificio.

De nuestra nueva casa surgirán los programas de la Organización que transformarán la vida en América, haciéndola cada vez más segura y más digna. Nuestros programas son cada día más numerosos y más diversificados y prueban el interés mostrado por todos para intensificar la labor de salud dentro del ámbito internacional. Más de 400 programas de campo están en pleno desarrollo: los relacionados con la protección de la salud, entre los cuales se destacan el saneamiento del medio y el abastecimiento de agua, así como la lucha contra las enfermedades transmisibles, preferentemente el paludismo y la viruela, con el firme propósito de erradicarlas del Continente; los programas de fomento de la salud, desde los correspondientes a servicios generales hasta los específicos que van de la higiene maternoinfantil, a la atención médica y la protección contra las radiaciones; los programas de rehabilitación que adquieren cada día mayor importancia y, finalmente, los de educación y adiestramiento profesional, inversión intelectual indispensable para armonizar no sólo la verdad científica con la verdad humana, sino las exigencias técnicas con la realidad de nuestros recursos.

En estas importantes tareas, el ejemplo de devoción y entrega del Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, ha sido eficientemente secundado por todo el Secretariado, que ha respondido a su alta responsabilidad histórica. Nuestras felicitaciones y agradecimientos en nombre de nuestros pueblos.

Consideramos justo dejar testimonio del interés e invariable apoyo que en nuestros afanes nos ha prestado siempre el Dr. M. G. Candau, Director General de la Organización Mundial de la Salud, organismo al que pertenecemos y al que nuestra Oficina representa en las Américas.

El acelerado desarrollo de los programas de salud y de seguridad social ha hecho imperativa y urgente su coordinación, si no se quiere dilapidar recursos y

esterilizar esfuerzos. El Gobierno mexicano estableció recientemente una comisión mixta coordinadora de actividades de salubridad, asistencia y seguridad social, con este propósito fundamental. Al mismo tiempo, la Oficina Sanitaria Panamericana, atendiendo la demanda expresada por los Gobiernos, estudia afanosamente el problema y plantea posibles soluciones que serán discutidas en la XVI Reunión del Consejo Directivo que hoy mismo se inaugura. Es este, por lo tanto, en mi opinión, un ejemplo elocuente de una suma de esfuerzos y de una colaboración planeada que indudablemente alcanzarán el éxito anhelado.

Estoy convencido de que los programas de nuestra Organización no sólo atienden las necesidades de nuestros pueblos, conforme han sido interpretadas por sus Gobiernos, sino que dejan amplio margen a la iniciativa creadora del personal técnico de la Oficina, condición indispensable para garantizar su contribución eficiente y su satisfacción espiritual y profesional.

Consideramos de capital importancia señalar que si bien los objetivos de la OPS han sido y son claros y precisos, también es cierto que se van afinando o modificando de acuerdo con la realidad de cada nación y con la que vive el mundo actual. Se ha establecido así la necesidad de relacionar los programas de salud con el desarrollo económico de nuestros países, tal como se ha planteado en el programa de la Alianza para el Progreso.

Es natural que así sea, pues no podemos concebir la salud aislada y en abstracto, como no podemos concebir al individuo aislado de la vida social, como no podemos concebir, en fin, a los pueblos aislados en un mundo cada vez más interdependiente.

Por ello se justifica, en forma cabal, la afirmación del Presidente de México, Licenciado Gustavo Díaz Ordaz, cuando dijo: "Estamos firmemente convencidos de que la paz y la cooperación internacional necesitan del buen funcionamiento y el robustecimiento de los organismos internacionales generales y especializados, así de las Naciones Unidas como de los regionales interamericanos. No les escatimaremos nuestro concurso".

Lo hemos dicho en otras ocasiones y hoy deseamos repetirlo: la salud no es sólo uno de los derechos fundamentales del hombre, que le permite desarrollar su capacidad de trabajo y producción, conservar su dignidad y libertad y tener acceso a la cultura, al bienestar y a la prosperidad. Para nosotros los mexicanos, la salud es, además, una garantía social

y una exigencia justiciera de nuestra Revolución; es base indispensable para el progreso del hombre, para su organización social y para toda actividad creadora. Debemos llevar a la conciencia de nuestros pueblos y de nuestros Gobiernos la convicción de que todos los esfuerzos y todas las erogaciones para obtenerla o conservarla, son inversiones en beneficio de los recursos humanos, sin los cuales la riqueza material de nada sirve, ya que el elemento fundamental de su disfrute y desarrollo es el hombre.

México agradece profundamente el honor y la distinción de haber sido invitado para dirigir la palabra en esta solemne ocasión, ofreciéndonos la brillante oportunidad de enviar el saludo más cordial y los votos más sinceros por la ventura y prosperidad de los países de América, así como para reiterar la firme postura en que todos estamos identificados: buscar en la salud de los pueblos no sólo el desarrollo y bienestar de estos, sino su mutua comprensión y colaboración, sobre la base incommovible del respeto recíproco entre los hombres y entre las naciones.

**Discurso del Señor Secretario de Salud,  
Educación y Bienestar de los Estados Unidos  
de América, John W. Gardner**

Quiero expresar, en nombre del Gobierno de los Estados Unidos de América, la más cordial bienvenida a los Excmos. Señores Embajadores de las demás Repúblicas Americanas, a los Representantes ante el Consejo de la Organización de los Estados Americanos, y a las Delegaciones de los países participantes en la XVI Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y a todos nuestros otros amigos.

A través de los años, nuestra estrecha relación con las naciones hermanas de este Hemisferio ha deparado a los Estados Unidos de América beneficios en muchos aspectos, que no vamos a enumerar en esta ocasión. Hoy se añade uno más, este hermoso edificio que viene a realzar con su gracia y belleza el paisaje de la ciudad de Washington.

Mi sincera felicitación al arquitecto Sr. Román Fresnedo Siri, del Uruguay, y a la Fundación Kellogg por su generosa aportación que permitió construir el edificio.

Es un honor para los Estados Unidos de América servir de país huésped de la Organización Panamericana de la Salud—el organismo más antiguo del mundo en materia de cooperación internacional en el campo de la salud—y tener en su territorio un

edificio de la elegancia que caracteriza a la nueva Sede de la Organización.

La salud está íntimamente relacionada con la belleza, y por eso encuentro apropiado que un edificio dedicado al ideal de mejorar la salud de los pueblos de las Américas exprese esa belleza en su estructura y diseño.

El Presidente Johnson dijo en una ocasión que la “asociación con la belleza puede abrir más amplios horizontes a la imaginación del hombre y revivir su espíritu”. Podemos tener la seguridad de que la belleza de este edificio iluminará nuestro común esfuerzo por lograr una vida mejor.

Sabemos muy bien que el mal estado de salud va siempre unido a la ignorancia, y que uno y otra condenan a los pobres a una vida miserable. Cuanto más grave es la pobreza, mayor es la proporción de incapacidades y defunciones. Los Estados Unidos de América comparten estos problemas con el resto de las Américas. Hemos iniciado un vasto esfuerzo para resolverlos, pues las metas establecidas en la Carta de Punta del Este, “para procurar una vida mejor a todos los habitantes del Continente”, son también las de esta nación.

Hoy sabemos cómo prevenir o curar enfermedades que durante muchos años han cobrado un fuerte tributo. No obstante, para que estos conocimientos tengan verdadero valor es preciso que sean compartidos, como deben serlo asimismo las posibilidades para aplicarlos. La Organización Panamericana de la Salud nos ayuda a todos en esta tarea, es decir, nos ayuda a ayudarnos a nosotros mismos y los unos a los otros.

Por medio de esta Organización, por ejemplo, estamos desarrollando una vasta campaña para erradicar al mosquito *Aedes aegypti*—vector de la fiebre amarilla—y para combatir otras persistentes y costosas enfermedades, como la malaria y la viruela. También a través de la OPS aprendemos unos de otros. Los Estados Unidos de América concede un gran valor a las oportunidades para adiestrar personal y llevar a cabo investigaciones que esta Organización ofrece a todos nuestros países.

Recientemente, el Presidente Johnson expresó nuestra profunda preocupación por el hambre y la malnutrición que continúa affigiendo a una gran parte del mundo, y encareció que intensifiquemos nuestros esfuerzos encaminados a combatirlos.

También en este aspecto, la OPS, por medio del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, ha figurado al frente de un esfuerzo interna-



cional para dar a conocer los alarmantes hechos de este enorme problema de salud y fomentar los medios de su prevención y curación. Especialmente en los niños de corta edad, la malnutrición produce efectos trágicos y devastadores. Sabido es, por ejemplo, que el enorme tributo de vidas que, en algunos países, cobran las enfermedades de la infancia—la varicela, el sarampión y la tos ferina—no se debe tanto a la propia infección como a la falta de resistencia para combatirla. Para los niños bien nutridos, la varicela es una enfermedad relativamente poco importante pero, en cambio, en un niño desnutrido puede resultar mortal.

Sabemos, además, que la malnutrición en los primeros años de vida puede causar daños físicos y mentales irreparables. En nuestro propio país, se ha determinado que existe una relación alarmante entre las privaciones y el retraso mental, y hemos visto la crueldad con que la pobreza puede originar incapacidades, tanto mentales como físicas.

La salud es, sin duda alguna, uno de los puntos clave de la Alianza para el Progreso.

Nosotros, los pueblos de las Américas, hemos recorrido un largo trecho, pero creo que todos convenimos en que apenas se han empezado a realizar las grandes tareas de nuestra época.

Y ahora quisiera dirigirles unas palabras finales en español a mis amigos de las demás naciones americanas.

*Hace muchos años que viajo por el camino de la amistad panamericana. Mi esposa es de Guatemala. He visitado muchas veces los países de América. Tengo muchos amigos entre ustedes.*

*Aunque somos de distintos países, estamos estrechamente unidos por lazos de tradición y de destino.*

*Creo innecesario en este momento hablar de la herencia que tenemos en común. Ella ha sido ensalzada en innumerables discursos sobre la unidad panamericana. No tenemos que detenernos a recordar lo que todos sabemos muy bien: que somos herederos de una tradición europea, que nos esforzamos por salvaguardar la dignidad del individuo, por hacer prevalecer la justicia, y por dar a todos iguales oportunidades.*

*En los Estados Unidos de América no creemos que nuestro país haya encontrado la solución a todos sus problemas, ni quisiéramos que otros países creyeran eso de nosotros. Sólo creemos que en nuestra tierra los hombres gozan de libertad para buscar la mejor manera de resolver sus dificultades. Nos enfrentamos, como lo hacen las demás naciones,*

*con los eternos problemas del hombre y de la sociedad en que vive, y lo mismo que ellas, hemos efectuado ciertos adelantos. Nos queda mucho por hacer, debemos seguir adelante y mejorar lo que hemos logrado en el pasado. Queremos para el mundo entero un orden de vida en el cual nosotros y todas las naciones seamos libres de seguir esos esfuerzos.*

*Vivimos en tiempos tan difíciles que todo lo que podamos hacer para fomentar de manera eficaz las comunicaciones entre las distintas naciones traerá consigo la supervivencia de la raza humana. Compartimos con los hombres sensatos de todas partes la necesidad de mantenernos unidos para cimentar un mundo mejor.*

*Es necesario que los hombres de buena voluntad se unan, y unidos luchan por la solución de los problemas que son comunes a todos. Considero esta Reunión y la inauguración de este edificio como una parte integrante de ese gran esfuerzo.*

#### **Discurso del Señor Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, Dr. José A. Mora**

La inauguración de la nueva Sede de la Organización Panamericana de la Salud tiene para la Organización de los Estados Americanos un gran significado, pues este bello edificio refleja y simboliza la importancia creciente que los países americanos han querido asignar a la atención de los problemas de la salud.

Es un privilegio para mí participar en este acto, y formular los votos de la OEA en pro de que las futuras actividades de esta institución regional prosigan con el ritmo de progreso acelerado que las ha caracterizado desde su creación, para servir al bienestar del Continente.

La Oficina Sanitaria Panamericana es el organismo especializado más antiguo dentro del sistema regional. Nuestra Carta fundamental reconoce a esta Organización como uno de los órganos de la OEA, y hasta 1947, y por un largo período de años, sus oficinas estuvieron alojadas en nuestro propio edificio. Contemplamos, pues, el crecimiento de la Organización Panamericana de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana como una de las más elevadas demostraciones del vigor del sistema regional.

La defensa de la salud aparece incorporada a los principios fundamentales que rigen nuestros esfuerzos para asegurar el porvenir del Nuevo Mundo.

La Alianza para el Progreso le ha dado superior jerarquía y preeminencia al considerar, como uno de los elementos básicos del desarrollo, la defensa y promoción del potencial humano. Cuando el grupo de expertos de la OEA sentó las bases de la planificación del desarrollo económico y social en América Latina, estableció que el mejoramiento de las condiciones de la salud constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte indispensable de los programas regionales de desarrollo.

El Dr. Abraham Horwitz, eminente Director de esta Oficina Regional, en una de sus últimas exposiciones ha sabido darle una honda y clara orientación al concepto de desarrollo, cuando expresó, como una verdad manifiesta, que el fin último del crecimiento de la economía y de los cambios estructurales no puede ser otro que el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Por cierto que en este movimiento en que estamos inspirados todos los dirigentes responsables de una acción coordinada en tal sentido, vemos con satisfacción que existe plena conciencia para trabajar siguiendo tal orientación. La Oficina Sanitaria Panamericana y los Ministros de Salud de todos los Países Miembros han dado pasos positivos, encaminados a establecer una política de salud cuyos buenos resultados se hacen hoy evidentes; han interpretado los propósitos de la Carta de Punta del Este como un esfuerzo cooperativo para estimular el progreso social de la América Latina, concomitantemente y como resultado de un crecimiento sostenido de la economía; han declarado entender los problemas de salud como el conjunto de factores determinantes de las enfermedades y de la amplitud de estas en cada sociedad, y así han sabido identificar las relaciones existentes entre la vivienda, la desnutrición, las condiciones insalubres del trabajo, la ignorancia, la miseria, y los índices de morbilidad elevados, especialmente con respecto a la mortalidad infantil en América Latina.

Es digno de celebrar, en esta memorable ocasión, el esfuerzo que están haciendo los dirigentes de los programas de salud en América para atender tan graves factores. La OEA está insistiendo constantemente en la necesidad de incluir a las autoridades de salud en los órganos de planificación, a fin de que los planes nacionales de desarrollo tomen en cuenta todos los aspectos sociales que tienen tanta repercusión para el futuro de nuestro Continente. Sabemos que los planes de salud se estudian

estrechamente unidos a los análisis de las inversiones destinadas al desarrollo. Por ello será preciso coordinar cada vez más, según se ha hecho notar, los proyectos destinados a atender los problemas de salud dentro de los requerimientos del capital externo. He podido comprobar que en los estudios realizados por las autoridades competentes se han considerado estos conceptos y se ha recomendado que en el seno de cada Gobierno se haga un planteamiento integral que permita mostrar las relaciones entre necesidades y recursos y entre metas e inversiones. A tal efecto, la Organización de los Estados Americanos está deseosa de que la Organización Panamericana de la Salud se halle presente y participe en todas las etapas del desarrollo de la América Latina, teniendo en cuenta que la OEA tiene responsabilidad principal para orientar el desenvolvimiento de la Carta de Punta del Este.

Mediante reuniones y misiones, auspiciadas tanto por la Secretaría General de la OEA como por la OPS, hemos promovido una mayor coordinación entre los programas de los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social, para contribuir, en lo posible, a que los recursos, tanto humanos como materiales de cada país, se aprovechen al máximo en beneficio de la comunidad. Es este un ejemplo del trabajo en equipo que esperamos tenga, cada vez más, efectos favorables en una coordinación a nivel nacional entre las entidades encargadas de la atención médica.

Al cumplirse los cuatro años de la Carta de Punta del Este, el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP) se ha dirigido a los Presidentes de las Repúblicas Americanas con miras a iniciar un estudio que sea la base para una revisión sistemática de los resultados que la Alianza vaya obteniendo y darle un nuevo impulso. Se ha reconocido la necesidad de mejorar los métodos de la programación nacional y hacer que en esta participen todos los elementos representativos de los distintos sectores de la sociedad: políticos, industriales, líderes de los trabajadores y de las organizaciones agrarias, economistas y, por supuesto, autoridades de salud, para que se compenetren con los problemas y posibilidades de la planificación nacional y regional.

En materia de salud y población, también se han tomado en cuenta los factores a que acabo de referirme con respecto a la necesidad de atacar la desnutrición, en especial durante los seis primeros

años de la vida, en los cuales la capacidad del individuo puede dañarse para siempre. En tal sentido, se ha aconsejado la expansión de las instituciones de salud pública de todo tipo. Es evidente, según los últimos informes, que se van registrando progresos apreciables mediante la utilización de los recursos propios de América Latina y las aportaciones de organismos financieros externos; pero se requiere la orientación de tales esfuerzos en forma sistemática para que coincidan con los planes nacionales de desarrollo. Por ello, merece mencionarse la colaboración iniciada entre la Secretaría General de la OEA y la Organización Panamericana de la Salud, para atender los problemas demográficos que dificultan cualquier buen resultado del crecimiento económico, haciendo difícil satisfacer las necesidades de vivienda, salud y educación. Se han creado grupos de estudio conjuntos de nuestras dos organizaciones y de las agencias financieras que proveen el capital externo, para llegar a prestar a los Gobiernos un asesoramiento adecuado.

Los programas de becas de la OEA son igualmente otro ejemplo de cooperación, al tomar en cuenta determinados campos especializados de la medicina, de la investigación científica y muchos aspectos de la salud pública, con el propósito de ayudar, dentro de nuestros recursos, a la preparación de personal profesional adiestrado, lo que, sabemos, constituye uno de los problemas que ocupan la atención de la OPS. Los servicios técnicos de la Oficina Sanitaria Panamericana participan en la selección de nuestros becarios y estamos muy agradecidos por la valiosa colaboración que nos prestan.

Las autoridades sanitarias han expresado muy claramente que "en la medida en que aumenten los técnicos en salud adiestrados en programación, en la medida en que se vigoricen las unidades de planificación en los ministerios, que se perfeccionen los métodos para formular planes por medio de la investigación, que mejoren los sistemas para considerar lo relativo al sector salud en los planes nacionales de desarrollo, habrá un régimen de inversiones más de acuerdo con las necesidades reales como consecuencia de una decisión nacional del poder político de cada país".

En cuanto al Programa de Cooperación Técnica, la Oficina Sanitaria Panamericana ha sido, o lo es todavía en algunos casos, la entidad colaboradora en varios proyectos desde 1951 hasta la fecha, tales como el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa en

Brasil, el Curso de Perfeccionamiento en el Control de la Zoonosis en la Argentina, los Cursos de Entrenamiento sobre Encuestas de Nutrición y Alimentación, también en Argentina, el Seminario de Trabajo de Enseñanza de la Enfermería en las Enfermedades Transmisibles en Guatemala, y los Cursos sobre el Planeamiento de Sistemas de Abastecimiento de Agua en Brasil.

Quiero recordar la excelente contribución que la Oficina Sanitaria Panamericana nos ha prestado y sigue prestándonos en la República Dominicana con motivo de los dolorosos sucesos registrados en ese país en los últimos meses. La Misión de dicha Oficina participó, desde el primer momento, en nuestros planes de socorro, al constituirse un Comité de Coordinación que atendió al reparto de alimentos, medicinas, mantenimiento de hospitales, asistencia médica y demás servicios correspondientes, con la cooperación de muchos Gobiernos que enviaron misiones de médicos y enfermeras. Al efecto, firmé un acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana, mediante el cual la Secretaría General de la OEA traspasó las sumas correspondientes de dinero para cubrir el mínimo de costos del mantenimiento de hospitales y demás instituciones que ofrecieron sus servicios en materia humanitaria. La Oficina tomó a su cargo la dirección y el control de estas operaciones durante toda la etapa de emergencia. Me parece un acto de justicia dejar constancia en esta oportunidad del esfuerzo realizado por esta institución, gracias a la cual se evitó, en gran parte, la propagación de epidemias.

El edificio que hoy inauguramos es la expresión de un monumento a la vida y a la esperanza de nuestros pueblos. Se ha erigido con una profunda fe en el porvenir del Hemisferio. En la Organización depositamos una gran responsabilidad, pero también una gran confianza en el triunfo sobre la enfermedad y la miseria. Por eso, este acto inaugural constituye la mejor celebración de los setenta y cinco años de existencia del Sistema Interamericano.

Al formular sinceros votos por el engrandecimiento de una institución que reúne a tantos hombres de buena voluntad, quiero felicitar especialmente al Doctor Horwitz y a sus colaboradores, que lograron encauzar la iniciativa de construcción del edificio, así como al arquitecto Señor Román Fresnedo Siri, que ha sabido poner tan en alto su capacidad profesional y el nombre del Uruguay.

Saludo también a los Ministros de Salud y a los representantes de los países americanos presentes en

esta oportunidad, así como a la Organización Mundial de la Salud.

Me complace, igualmente, hacer llegar nuestro profundo reconocimiento al Gobierno del país sede, a la Fundación W. K. Kellogg, y a personalidades que contribuyeron con tanta generosidad a la realización de una obra inspirada en un ideal de belleza y puesta al servicio del bienestar de América.

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

Es para mí un gran privilegio y un alto honor asistir a la ceremonia de inauguración del nuevo edificio de la Sede de la Organización Panamericana de la Salud, que alberga a la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS para las Américas, y transmitir a todos los asistentes al acto un saludo de la Organización Mundial de la Salud.

Este hermoso edificio simboliza la obra realizada por la Oficina Sanitaria Panamericana en sus sesenta y tres años de existencia, y más particularmente, los progresos alcanzados en el curso de los últimos dieciocho años, bajo la dirección del Dr. Fred L. Soper y del Dr. Abraham Horwitz.

En nombre de la Organización Mundial de la Salud, quiero felicitar al Dr. Emory W. Morris, Presidente de la Fundación W. K. Kellogg, por su comprensión, imaginación y confianza, que permitieron levantar este edificio.

La Oficina Sanitaria Panamericana tiene un largo historial. Junto con la Fundación Rockefeller, la Fundación Kellogg y los programas bilaterales de los Estados Unidos de América, ha desempeñado un importante papel en el mejoramiento de la salud en las Américas. Comprendo, sin embargo, que no podemos sentirnos satisfechos mientras sigan sin resolverse tantos problemas de salud en el Continente. Dificultades de carácter técnico y administrativo han reducido el ritmo de la campaña de erradicación de la malaria. La erradicación del *Aedes aegypti* se enfrenta con la dificultad de una creciente resistencia del insecto a los insecticidas en la región septentrional de Sudamérica y en el Area del Caribe. Asimismo, la peste continúa siendo un problema en varias zonas de la América Latina, y la viruela dista mucho de estar erradicada, y además muchas áreas en que ya se eliminó se ven amenazadas por la reinvasión. Por añadidura, la esquistosomiasis, la enfermedad de Chagas y la oncoscercosis constituyen importantes problemas que

requieren una minuciosa evaluación y el desarrollo de programas para su control y erradicación definitiva.

Ahora bien, estoy convencido de que tenemos motivos para sentirnos optimistas. En estos últimos años se han creado muchas instituciones docentes y ha recibido adiestramiento numeroso personal de salud. Prácticamente todos los países de las Américas cuentan hoy con escuelas de medicina, al mismo tiempo que en todo el Continente se ha intensificado la enseñanza de enfermería. La profesión de ingeniería sanitaria, inexistente hace veinte años, está ya consolidada, con gran beneficio para los países de las Américas. Además, disponemos de un considerable número de centros de adiestramiento de personal complementario y auxiliar. Creo que la existencia de un personal adiestrado más numeroso y la disponibilidad de mayores recursos nos da derecho a mirar hacia el futuro con más optimismo que nunca.

En esta ocasión, no puedo por menos que recordar, con cierta emoción, los tiempos en que nuestra Oficina estaba instalada en un pequeño local de la Unión Panamericana. Luego se trasladó a la Avenida Connecticut, a un edificio que pronto resultó insuficiente. Recuerdo también la satisfacción que sentimos cuando el Dr. Fred L. Soper, con la ayuda de la Fundación Rockefeller y la Fundación Kellogg, adquirió los edificios del Dupont Circle. Más adelante, el constante crecimiento de la Oficina hizo necesario el alquiler de otros edificios.

Por eso, en la presente ocasión me siento sumamente complacido al ver la satisfacción de todos los miembros del personal al encontrarse, una vez más, alojados bajo el mismo techo. Debemos reconocer la valentía con que el Dr. Horwitz se ha enfrentado con los problemas, gracias a la cual se ha podido llevar a cabo esta empresa. Esta misma mañana, tuve el placer de encontrarme con muchos antiguos amigos y colegas, con los que colaboré estrechamente hace años. Quiero asimismo en esta ocasión expresar mi gratitud a todo el personal por la forma en que ha contribuido al desarrollo de la Organización.

Este edificio simboliza el espíritu de los países de las Américas y su capacidad para cooperar en la labor encaminada a solucionar los problemas de salud. Es un símbolo de amistad, comprensión y respeto mutuo, y en él trabajaremos unidos para alcanzar nuestro ideal de mejorar las condiciones de salud en las Américas y, de esta manera, contribuir

a la prosperidad y la paz que deben ser el destino del hombre en todo el mundo.

**Discurso del Señor Presidente de la Fundación W. K. Kellogg, Dr. Emory W. Morris**

Este hermoso edificio, diseñado por un arquitecto uruguayo y construido sobre un terreno donado por el Gobierno de los Estados Unidos de América, es un símbolo de la cooperación entre todas las Repúblicas de las Américas. Pero es algo más que un monumento simbólico; es la sede de unos programas que afectan a la salud y al bienestar de todos los habitantes del Continente, desarrollados bajo la dirección de destacadas personalidades como el Dr. Hugh S. Cumming, el Dr. Fred L. Soper, el Dr. M. G. Candau y el Dr. Abraham Horwitz.

La Fundación Kellogg se enorgullece de participar en esa labor. Nuestros intereses en la América Latina han coincidido con los de la Organización Panamericana de la Salud y de la Fundación Rockefeller, que fueron las primeras en iniciar esta labor de salud pública en dicha región del Continente. Nuestros objetivos han sido los mismos y, en numerosas ocasiones, hemos colaborado en los mismos proyectos de enseñanza de la medicina, odontología, enfermería, salud pública, administración de hospitales y nutrición. Por consiguiente, es muy apropiado que este edificio represente nuestro interés común por el mejoramiento de la educación y de los servicios en el campo de la salud, como medio fundamental para fomentar el bienestar de la población.

Constituye un honor para las fundaciones estimular y fortalecer la labor de dirigentes, con gran visión, en la prosecución de objetivos de suma importancia. La Fundación Kellogg ha tenido el privilegio de cooperar en el progreso de las ciencias de la salud en las Américas. En todo momento, hemos concedido especial importancia a la necesidad de contar con dirigentes competentes, como factor principal para alcanzar los objetivos. Y esta es la razón fundamental de nuestra fe en la Organización Panamericana de la Salud y en la función esencial que le corresponde en el progreso de la civilización en este Hemisferio.

La aportación de fondos a la Organización para construir el edificio se hizo en forma de préstamo y no como donación directa. Los Gobiernos van amortizando este préstamo mediante un depósito anual de \$250.000 al Fondo Especial de la Organización para el Fomento de la Salud, a fin de apoyar a los nuevos programas y a la ampliación de los

existentes, complementando las asignaciones del presupuesto ordinario. En otras palabras, la amortización del préstamo se traduce en un aumento de las actividades dirigidas por la Organización para alcanzar las finalidades que se propone. Consideramos, Sr. Presidente, que no se podría hacer una inversión mejor ni más fructífera de estos fondos para el bien de los pueblos de los países que integran la Organización.

Tenemos fe en la labor que ustedes están realizando y conocemos su gran importancia y los beneficios que depara. Para terminar, quiero expresar nuestros mejores y sinceros deseos de que continúen, en el futuro, los éxitos de la Organización en la consecución de sus objetivos.

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

A los funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud nos cabe el infinito placer de poner este edificio a disposición de aquellos a quienes pertenece: los Gobiernos de las Américas, representados por ustedes, señores Ministros. En esta entrega va implícita nuestra gratitud a cuantos hicieron posible la ejecución de la obra: a todos los Gobiernos del Continente por su comprensión, su interés y su guía para plasmar en realidad nuestra política y facilitar el cumplimiento de nuestro cometido; a los Estados Unidos de América por el uso y dominio del terreno en que se ha levantado el edificio; a la Fundación Kellogg, por su generosa contribución y por la forma singular y delicada en que la hizo; a los arquitectos y a la firma constructora, por su dedicación, en especial al arquitecto Señor Román Fresnedo Siri, autor del proyecto y su realizador, quien ha sabido interpretar, en la concepción del mismo, los ideales que inspiran a nuestra Organización y que estimulan en sus miembros una acendrada pasión por servir.

Sin dejar de admirar las líneas sobrias y elegantes del edificio, vemos más en él su contenido ideal y su proyección, porque en ellos reside el humanitarismo que preside todas nuestras acciones. Y estas se fundan, en lo formal y en lo funcional, en los postulados de la Constitución de la OPS. Nuestra responsabilidad ha sido en el pasado—y lo será en el futuro—traducir esos ideales en sentimientos tangibles y los propósitos en realidades concretas de bienestar.

Hemos recibido un legado espiritual que fue concebido con gran visión hace sesenta y tres años;

el tiempo ha demostrado la solidez de sus fundamentos reflejados en la continuidad de la empresa, a pesar de las vicisitudes que han vivido los países del Continente. Ha revelado, asimismo, la flexibilidad de nuestra actuación al adaptarse a las tendencias dominantes en las sociedades de cada período. Porque lo esencial en todas las actividades desarrolladas por la Organización en el transcurso del siglo han sido los seres humanos y su cultura, entendida esta "como la forma de vivir de la gente, lo que incluye su organización, social, política y económica, y sus características de pensamiento, emociones y relaciones interpersonales". Los seres humanos son más que la suma de sus necesidades, deseos y temores. Cualquier obra en donde no se respeten sus cualidades espirituales, no perdura, sean cuales fueren sus propósitos, y su éxito, aunque se alcance, es efímero.

La historia de la Organización está contenida en la de la salud como servicio social en las Américas y es el reflejo de lo realizado por los Gobiernos; en ella se revela que no hay contradicciones entre políticas realistas y elevados ideales. Su contribución puede deducirse de la declinación continuada de la mortalidad general y específica y de los cambios en las características de la morbilidad. No obstante, debería medirse por aquellos otros índices más sutiles y complejos que muestran las modificaciones experimentadas en la conducta y en las actitudes de quienes se beneficiaron con las acciones llevadas a cabo y se sintieron estimulados a hacer más de lo que hacían y aún más de lo que pensaban. Debería igualmente medirse, para ciertas funciones, por las variaciones positivas del ambiente, que no sólo mejoran el bienestar disminuyendo los riesgos, sino que hacen más grata la convivencia. En años recientes, sin dejar de expandir su labor tradicional, relacionada con las enfermedades transmisibles, la Organización la ha complementado con la realización de todas aquellas actividades destinadas a incorporar la salud al proceso general de desarrollo. Ha sostenido con vigor la tesis de que las inversiones para prevenir y curar las enfermedades y mejorar el medio social contribuyen directamente al crecimiento de la economía y representan, por lo tanto, un factor esencial.

En las Américas de nuestros días se ha hecho más obvio el desequilibrio entre necesidades y recursos, más estridente la demanda social, más urgente la aplicación de los avances de la ciencia y de la técnica, más indispensable la acción con-

junta del Estado y de los habitantes, de las instituciones públicas y de las privadas. Pero son, asimismo, mayores las posibilidades, están mejor definidos los propósitos y resultan más evidentes las responsabilidades. Con distintas motivaciones, domina en el ambiente un espíritu de renovación de viejos moldes y de tradiciones arcaicas que han creado diferencias injustificables y desigualdades que sólo estimulan incertidumbres; existe un afán por servir los requerimientos de las sociedades, por quebrar intereses y convencionalismos, por ensanchar el marco de las oportunidades, promover el progreso social y el bienestar de cada cual, en armonía y no en rebelión. Y las realizaciones son tanto más ostensibles cuanto menos las empañan las pasiones, y lo serán en el futuro cuanto más prevalezcan los ideales.

El servicio social que es la protección de la salud individual y colectiva no pudo permanecer ajeno a este movimiento continental. Así se explican sus propósitos que aparecen en documentos que se han hecho históricos en lapso breve porque están esculpados en la esperanza de millones de seres: el Acta de Bogotá y la Carta de Punta del Este. Apoyada en un pasado constructivo, en una verdadera tradición, con esa flexibilidad que le dieron los visionarios que la crearon, nuestra Organización pudo adaptarse, y lo seguirá haciendo, al nuevo tiempo. No es simple su labor. Asesora a los Gobiernos, sin sustituirlos jamás en su cometido; los informa sobre los adelantos de la ciencia y de la técnica y ofrece soluciones para cada problema o situación, de acuerdo con las características de las sociedades; registra los acontecimientos más significativos en la dinámica de las enfermedades, sobre todo aquellos que afectan a más de un país; analiza los datos y traduce sus conclusiones en recomendaciones prácticas que ofrece a los Gobiernos; contribuye al complejo proceso de formación de profesionales y técnicos, así como al de investigación de los problemas, algunos de los cuales requieren estudios básicos y otros la determinación de sistemas que faciliten su aplicación en extensión nacional. La Organización sirve también de foro en el que se debate y determina la política a seguir, se intercambian experiencias que son de beneficio mutuo porque provienen de culturas sólo disímiles en rasgos pero no en contenido esencial.

De las generaciones que nos precedieron al servicio de la salud en las Américas aprendimos que la dedicación a los demás entraña sacrificios, pero

ennoblece. Sólo aquellos que miran más allá de sus propios intereses, que se inspiran en grandes principios y depositan su fe en la felicidad de los seres humanos pueden dedicar su vida a una obra en la que los resultados del esfuerzo no se relacionan fácilmente con su origen. No pueden desempeñar esta función aquellos en quienes domina un divorcio con la vida y actúan ajenos a su escenario. Y estas condiciones espirituales serán más indispensables aún en el futuro que ya podemos percibir por la experiencia del tiempo reciente. Cualesquiera que sean las dificultades que surjan, siempre ha de prevalecer el propósito superior que nos guía y que, en lo general, ha de contribuir a que las Américas encuentren su propia autenticidad, enraizada en sus viejas culturas, y a que, sobre sus sólidos fundamentos, incorporen los progresos que la civilización aporta al bienestar colectivo. Así interpretamos el contenido y la proyección de una obra que se ve

vigorizada hoy con este edificio, trazado por un artista que se inspiró en ella y que tuvo clara idea de su destino. Para simbolizar su entrega a los Gobiernos, quiero poner a su disposición, Señor Presidente, la llave del mismo, que esperamos sea transmitida en cada reunión de los Cuerpos Directivos en las generaciones por venir.

### **Inauguración de la Reunión por el Presidente Provisional**

El PRESIDENTE PROVISIONAL, después de agradecer las palabras de los oradores y la presencia de los Representantes, declara inaugurada la XVI Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XVII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

*Se levanta la sesión a las 12:15 p.m.*

---

## **PRIMERA SESION PLENARIA**

*Lunes, 27 de septiembre de 1965, a las 3:20 p.m.*

*Presidente Provisional: Dr. Rafael Moreno Valle (México)*

*Presidente: Dr. Raymundo de Britto (Brasil)*

### **Tema 2: Nombramiento de la Comisión de Credenciales**

El PRESIDENTE PROVISIONAL declara abierta la sesión y en su calidad de Secretario de Salubridad y Asistencia de México, expresa el agradecimiento del pueblo y del Gobierno de su país a la Organización por haber celebrado en su ciudad capital la XV Reunión del Consejo Directivo. Hace votos porque los trabajos de la Reunión que se inicia sean igualmente fructíferos y anuncia que, de acuerdo con el orden del día, se procederá al nombramiento de la Comisión de Credenciales.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al Artículo 24 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, que se refiere al nombramiento de la Comisión de Credenciales.

El PRESIDENTE PROVISIONAL sugiere que dicha Comisión quede integrada por los Representantes de El Salvador, Perú y Trinidad y Tabago.

*Decisión:* Se designa a los Representantes de El Salvador, Perú y Trinidad y Tabago para integrar la Comisión de Credenciales.

El PRESIDENTE PROVISIONAL anuncia que se va a suspender la sesión para que la Comisión de Credenciales pueda reunirse inmediatamente y presente el informe correspondiente.

*Así se acuerda.*

*Se suspende la sesión a las 3:40 p.m.  
y se reanuda a las 4:10 p.m.*

### **Primer Informe de la Comisión de Credenciales**

El Dr. SALDAÑA (El Salvador), Relator de la

Comisión de Credenciales, da lectura al primer informe de dicha Comisión, que dice así:

La Comisión de Credenciales, constituida en la primera sesión plenaria e integrada por el Dr. Carlos Quirós Salinas (Perú), Presidente, el Dr. José A. Saldaña (El Salvador), Relator, y el Dr. Leonard M. Comissioning (Trinidad y Tabago), celebró su primera sesión el día 27 de septiembre de 1965 a las 3:30 p.m.

La Comisión examinó y encontró aceptables las credenciales de los Representantes, Suplentes y Asesores de los siguientes países: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Reino de los Países Bajos, Reino Unido, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Venezuela, y las de los Observadores del Canadá.

Las siguientes organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales han designado observadores: Organización de los Estados Americanos, Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Asociación Médica Mundial, Confederación Médica Panamericana, Confederación Mundial de Fisioterapia, Consejo Internacional de Enfermeras, Consejo Internacional de Servicios Judíos de Previsión y Asistencia Social, Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, Federación Internacional de Colegios de Cirujanos, Federación Internacional de la Diabetes, Federación Internacional de Hospitales, Federación Internacional de Odontología, Federación Mundial de Ergoterapeutas, Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos, Federación Mundial de Veteranos de Guerra, Fundación Rockefeller, Fundación W. K. Kellogg, Liga de Sociedades de la Cruz Roja, Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea, Unión Internacional de Arquitectos, Unión Internacional contra las Enfermedades Venéreas y las Treponematosi, y Unión Internacional de Protección a la Infancia.

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

*Decisión:* Se acepta sin modificación alguna el primer informe de la Comisión de Credenciales.

### **Tema 3: Elección del Presidente y dos Vicepresidentes**

El PRESIDENTE PROVISIONAL anuncia que se va a proceder al nombramiento del Presidente y de dos Vicepresidentes.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al Artículo 18 del Reglamento Interno que se refiere a dicho nombramiento.

El Dr. TERRY (Estados Unidos de América) propone para el cargo de Presidente del Consejo Directivo al Dr. Raymundo de Britto, Ministro de

Salud del Brasil, y para los de Vicepresidentes, al Dr. Juan Jacobo Muñoz, Ministro de Salud Pública de Colombia, y al Dr. José Antonio Peraza, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de Honduras.

El Dr. AGUILAR HERRERA (Guatemala) apoya la propuesta del Representante de los Estados Unidos de América.

*Decisión:* No habiendo ninguna otra candidatura, quedan nombrados Presidente del Consejo Directivo el Representante del Brasil, Dr. Raymundo de Britto, Ministro de Salud, y Vicepresidentes el Representante de Colombia, Dr. Juan Jacobo Muñoz, Ministro de Salud Pública y el Representante de Honduras, Dr. José Antonio Peraza, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social.

*El Dr. Britto pasa a ocupar la Presidencia.*

El PRESIDENTE expresa su agradecimiento por el honor que ha sido conferido a su país y a su persona, y muestra su esperanza porque la Organización prosiga su acción, cada vez con mayores bríos, por la salud y el bienestar de las Américas. Alude a los esfuerzos desarrollados por el Director de la Oficina, Dr. Horwitz, hasta lograr para la Organización un edificio como el que acaba de inaugurarse, y hace votos porque la educación, la salud y una más estrecha solidaridad entre los pueblos asegure a estos un futuro tranquilo y democrático.

El Dr. MUÑOZ (Colombia) manifiesta asimismo su reconocimiento por la designación y hace votos por el éxito de las deliberaciones del Consejo Directivo.

El Dr. PERAZA (Honduras) hace también presente su gratitud por el nombramiento.

### **Tema 4: Adopción del Programa de Temas**

El PRESIDENTE somete a la consideración de los Representantes el proyecto de programa de temas que figura en el Documento CD16/1, Rev. 3.

*Decisión:* Se acepta el proyecto de programa de temas contenido en el Documento CD16/1, Rev. 3.<sup>1</sup>

### **Tema 5: Constitución de la Comisión General**

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura a los Artículos 25 y 26 del Reglamento Interno que se

<sup>1</sup> Véase pág. 12.



refieren a la constitución y funciones de la Comisión General.

El PRESIDENTE propone a los Representantes de Ecuador, Estados Unidos de América, México y Venezuela para integrar la Comisión General.

*Decisión:* Quedan nombrados miembros de la Comisión General los Representantes de Ecuador, Estados Unidos de América, México y Venezuela.

### **Tema 6: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo**

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América), en su calidad de Presidente del Comité Ejecutivo, presenta el informe anual (Documento CD16/28)<sup>2</sup> de dicho Cuerpo Directivo, que abarca el período comprendido entre septiembre de 1964 y abril de 1965, durante el cual celebró sus 51ª y 52ª Reuniones.

El Dr. QUIBÓS (Perú) felicita al Presidente del

<sup>2</sup> El texto completo del informe aparece en las págs. 219-224.

Comité Ejecutivo y a los miembros del mismo por la labor realizada y hace constar que, en calidad de Observador, asistió a la última reunión celebrada por dicho Comité, y en ella tuvo oportunidad de colaborar, precisando algunas cuestiones que no quedaron debidamente aclaradas en la XV Reunión del Consejo, pero que luego fueron resueltas, como se señala en el informe leído por el Dr. Williams. Subraya la importancia que tiene que los Cuerpos Directivos de la Organización actúen con eficacia y rapidez y que sus deliberaciones se simplifiquen a fin de que la duración de las reuniones disminuya y sean, por tanto, más reducidos los gastos que las mismas ocasionen.

*Decisión:* Se acepta el informe anual del Comité Ejecutivo (Documento CD16/28) y se felicita a su Presidente, Dr. Charles L. Williams, Jr., Representante de los Estados Unidos de América, junto con los miembros del Comité, por la labor realizada.<sup>3</sup>

*Se levanta la sesión a las 4:45 p.m.*

<sup>3</sup> Resolución I. Documento Oficial de la OPS 66, 8-9.

## **SEGUNDA SESION PLENARIA**

*Martes, 28 de septiembre de 1965, a las 9:00 a.m.*

*Presidente:* Dr. Raymundo de Britto (Brasil)

### **Acuerdos de la Comisión General**

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y anuncia que el Dr. Sutter, Subdirector de la OSP, dará lectura al informe de la Comisión General sobre los acuerdos adoptados en su primera sesión.

El DR. SUTTER (Subdirector, OSP) señala que la Comisión General, en su primera reunión, después de determinar su horario de trabajo y el orden establecido para el examen del programa de temas, consideró la posibilidad de que en relación con el tema 10 se suscitase un debate sobre la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución. Informa que los Representantes de Venezuela y México, secundados por los de Colombia y Ecuador, expresaron su

opinión favorable al aplazamiento de dicho tema y a la formación de una comisión especial que dictaminara sobre el procedimiento a seguir en cuanto a la aplicación de la mencionada disposición constitucional. Señala que el Representante de los Estados Unidos de América se manifestó de acuerdo con la propuesta inicial del Representante de Venezuela, con la modificación del Representante de México, y dejó claramente establecido que su proposición no iba encaminada a presentar ninguna cuestión constitucional, mostrándose conforme con que se adoptase un procedimiento rápido y expeditivo para resolver dicho problema, de manera que este no se reflejase en la acción del Consejo Directivo. Hace constar el Dr. Sutter que el Presidente de la Comisión General

recogió la impresión unánime de sus miembros en el sentido de recomendar al pleno que designe una comisión especial con el encargo de preparar un proyecto de resolución sobre la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución.

Por otra parte, manifiesta que la Comisión General decidió señalar el viernes 1 de octubre para celebrar las Discusiones Técnicas.

Respecto al tema 24 del programa (Resoluciones del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional), el Dr. Sutter indicó que en la reunión de la Comisión General se dio cuenta de que al Documento CD16/19 se han añadido dos addendums, y un anexo al Addendum I, que se refieren a la dinámica de la población. La Comisión General se mostró de acuerdo en que, si los Representantes tienen interés en ello, se examine ese punto en el curso de la semana para poder aprovechar la presencia del Director General de la OMS, quien podría informar al pleno sobre la resolución adoptada por la 18ª Asamblea Mundial de la Salud sobre dicho asunto.

### **Constitución de un grupo de trabajo sobre la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud**

El PRESIDENTE designa a los Representantes de los Estados Unidos de América, de México y de Venezuela para constituir el grupo de trabajo encargado de preparar un proyecto de resolución sobre la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución, y sugiere que el grupo se reúna al mediodía para que pueda iniciar sus actividades y disponer así a la brevedad posible de dicho proyecto de resolución.

*Así se acuerda.*

### **Tema 7: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana**

El PRESIDENTE anuncia que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Horwitz, presentará el Informe Anual.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP), después de señalar que el Informe Anual para 1964 (*Documento Oficial 63*) fue distribuido a los Gobiernos con un mes de anticipación, de acuerdo con la reglamentación vigente, manifiesta que el mismo contiene los antecedentes de las actividades relacionadas con la salud que han sido llevadas a cabo por los

Gobiernos y para las cuales estimaron necesaria la cooperación internacional de la Oficina Sanitaria Panamericana, ya sea directamente o en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la Fundación W. K. Kellogg, la Fundación Rockefeller, el Milbank Memorial Fund, el Williams Waterman Fund y otras entidades. Indica que en un cierto número de proyectos, el Gobierno respectivo coordinó la participación de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de los Estados Unidos de América con la OPS.

En el Informe se da cuenta de los 430 proyectos llevados a cabo en 1964. El documento consta de tres grandes capítulos: La introducción, en donde se analizan en conjunto los rasgos dominantes de lo que se realizó y se hacen consideraciones sobre algunas actividades fundamentales y su proyección hacia el futuro; un segundo capítulo—elaborado con sujeción a las categorías del presupuesto por programa y, dentro de este, según las subcategorías respectivas—en donde se considera la protección de la salud, el fomento de la salud, la educación y adiestramiento, la planificación, las investigaciones, las publicaciones e información y la organización y administración; y un tercer capítulo, en el que se resumen las actividades de cada proyecto, diferenciando claramente la colaboración prestada por la Organización de la labor realizada por los Gobiernos. De acuerdo con esta manera de presentar las actividades del año, opina el Director que no es difícil correlacionar lo que se hizo con lo que el Consejo Directivo aprobó en septiembre de 1963, oportunidad en que se determinó el programa y el monto total del presupuesto después de un proceso iniciado con dos años de anticipación, como consta a los Representantes.

Señala que, si se establece una comparación, se verá que se realizó la inmensa mayoría—alrededor del 85%—de los proyectos que fueron aprobados por el Consejo. Por excepción, algunos no se llevaron a cabo, y otros nuevos se iniciaron a solicitud de los Gobiernos, pero estos caben dentro de la política general establecida por la Organización.

Subraya el hecho de que, dada la complejidad de esta empresa, en la que tantos Gobiernos participan en proyectos que no son simples de por sí, y habida cuenta de la complejidad de la estructura administrativa y financiera de la Oficina, esta correlación revela el esfuerzo que realiza la Secretaría para cumplir con lo establecido por los Cuerpos Directi-

vos. Añade que como el asunto ha sido motivo de análisis ha querido traerlo a colación. Naturalmente, dicho esfuerzo debe tener por objeto llegar a una coincidencia absoluta entre lo programado y lo realizado. Es preciso reconocer, sin embargo, que dada la gran diversidad de funciones de la Oficina, y en vista de que, mientras no existan planes de salud, las opiniones de los Gobiernos pueden variar en el curso de dos años, siempre cabe esperar algunas iniciativas que no hayan sido programadas pero que, en un momento dado, convenga realizar por ser de interés nacional.

En el Informe se señala que todas las actividades de la Organización están guiadas por un principio rector: la salud es un fenómeno inherente a la vida de sociedad, y los servicios dedicados a ella deben formar parte de toda comunidad como de toda empresa de desarrollo y de bienestar. Por tanto, de la imaginación y de la capacidad de los técnicos en salud depende la revelación de aquellas oportunidades a las que es indispensable incorporar las acciones de prevención y curación de las enfermedades en la compleja estructura social. Nuestra función—dice el Dr. Horwitz—está en permanente transformación, ya sea por los progresos de la ciencia y de la técnica o por las consecuencias positivas de la educación, las modificaciones del ambiente, la madurez política y el incremento de los recursos. Es una función esencialmente dinámica, siendo fundamental diferenciar, dentro del cambio, lo que es trascendente para el mayor número de personas y a la vez factible. Si bien se acepta hoy que la salud es componente del desarrollo, las razones que se dan varían de un extremo a otro e influyen en la distribución del ingreso nacional y en la solicitud de créditos de capital exterior.

Hay quienes creen que prevenir y curar constituyen un factor de economía, una inversión reproductiva y no un simple gasto, un bien de capital y no de consumo. En el otro extremo están aquellos que estiman que las erogaciones para la salud son las que distinguen una sociedad civilizada de la que no lo es y que, por lo tanto, bastan los argumentos de orden moral para justificar los fondos que se destinan a prevenir y tratar las enfermedades y promover la salud. Afirma el Director que, sin desconocer el valor de este modo de pensar, la Organización, al interpretar los deseos de sus Gobiernos Miembros, ha procurado mostrar en la práctica cómo se armonizan las dos variables—incremento de los ingresos y mejoramiento de la salud—seña-

lando al mismo tiempo que debiera formularse una teoría económica de la salud semejante a la que existe para la educación. Con este fin, en 1964, como en los últimos años, se ha hecho presente en las reuniones de los organismos políticos del Sistema Interamericano, se han establecido relaciones de colaboración con las instituciones de crédito internacional, al mismo tiempo que se ha cooperado con los Gobiernos en la solución de problemas prevalentes en el seno de cada país y sugiriéndoles líneas definidas de acción a largo plazo, reflejadas en planes nacionales de salud. Lo realizado en 1964 es el testimonio de este enfoque general, verdadera interpretación de las resoluciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, adaptadas a las condiciones singulares en que viven hoy las Américas. Pensamos—señala—que el programa general armoniza, dentro de las posibilidades, las actividades de efecto inmediato con las de largo plazo y da, a la vez, importancia a los recursos, especialmente a los relacionados con la formación de profesionales y auxiliares.

El Dr. Horwitz señala a continuación que los Gobiernos han acordado que la salud, como servicio social, debe planificarse en el contexto del desarrollo, y encomendaron oportunamente a la Oficina que adoptase las medidas necesarias para que esta norma pudiera llevarse a la práctica. Resalta que en el curso de los últimos cuatro años se ha procedido a la formación de técnicos, tanto en cooperación con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (Chile), como en el seno de los países, de tal manera que en la actualidad alrededor de 300 técnicos en salud del Continente conocen, en grado variable, los fundamentos de la planificación y un método para realizarla, el cual ha sido formulado por economistas y funcionarios de la Organización, a petición de esta, con la eficaz colaboración del Gobierno de Venezuela. Un número importante de países ha organizado oficinas de planificación en los Ministerios de Salud, pero en muy pocos todavía estas oficinas están representadas en las juntas o consejos nacionales de desarrollo. Por lo tanto, el diálogo entre los Ministros de Salud y el nivel gubernamental en donde se decide el régimen de inversión del ingreso, no es aún tan activo como sería de desear para que la función salud tenga en el respectivo presupuesto nacional el reflejo que requieren las necesidades debidamente armonizadas. Hace constar que por lo menos ocho países han

preparado un plan de salud preliminar o avanzado.

El Dr. Horwitz señala que más que los detalles de esta labor—los cuales figuran en el Informe—se interesa por destacar el futuro prometedor de esta iniciativa: la Organización estima que el propósito, tal como está concebido, debe proseguirse, porque facilitará una mejor inversión de los recursos en relación con las prioridades que cada Gobierno establezca. Con este fin, debería intensificarse la formación de técnicos y formularse los primeros planes de cada país. Si se sigue contando con la aprobación del Consejo Directivo, es probable que para 1970 todo Gobierno que así lo resuelva podrá tener un primer plan de salud o habrá reajustado sus servicios a tono con las necesidades que hubieren surgido en los años transcurridos desde que fueron organizados. La Organización estaría entonces en condiciones de prestar la colaboración que los Gobiernos determinaran. Por otra parte, la planificación ha puesto en evidencia dificultades que eran de esperar, pero que, naturalmente, es urgente subsanar para que el método pueda operar como ha sido concebido.

Desde luego, se puede mejorar la organización y administración de salud y es urgente hacerlo y así está ocurriendo, ya que el intento de planificar o formular un plan indica al Gobierno la necesidad de reestructurar los servicios a nivel central y local, en el orden técnico y administrativo, para adaptarlos a las características del plan nacional.

Declara el Dr. Horwitz que, además, la aplicación del plan, como ya ha ocurrido, pondrá de relieve en algunos países la necesidad de dictar normas y procedimientos para facilitar la acción de los profesionales y auxiliares determinando cada función, a fin de que así puedan cumplir el objetivo que corresponde y proceder a su evaluación. Hay asimismo la certeza de que en el orden administrativo la planificación ya ha regulado la urgencia de modernizar, entre otros, los sistemas de contabilidad, de personal y de adquisiciones para facilitar el cumplimiento del plan. Se han producido graves discordancias entre el momento en que se adquieren los medicamentos y el objetivo que se determinó para atender un cierto número de enfermos, por falta de armonía entre el sector técnico del ministerio o del servicio respectivo y el sector administrativo.

La técnica de presupuesto por programa, que parece inherente a cualquier método de planificación que se siga, es la que requiere con urgencia esta revisión de las prácticas administrativas. Subraya el

Dr. Horwitz que la Organización ha prestado y sigue prestando asesoría en este campo y que esta actividad parece tan fundamental que la Oficina se propone expandirla, en armonía con las directrices aprobadas por el Consejo Directivo. La planificación también ha puesto en evidencia la debilidad de las estadísticas y de ahí la urgencia de acelerar, tanto en el seno de los países como de los organismos internacionales, los trabajos correspondientes.

En el Informe se señala que en 1964 se concedió especial importancia al adiestramiento de personal de estadística, como lo revelan la formación de 127 técnicos de nivel medio, procedentes de 17 países, en las escuelas de salud pública del Continente, y de 182 en el Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades, que la Organización patrocinó en colaboración con el Gobierno de Venezuela.

También en 1964 se inició, especialmente en la Argentina, la capacitación de auxiliares de hospitales y de centros de salud, personal encargado de recoger el primer dato sobre el enfermo. Subraya el Dr. Horwitz que no se ha prestado la debida atención a estos auxiliares cuya función es esencial en el sistema de estadística; se trata de elementos que prestan servicio en todos los hospitales, sea cual fuere el tamaño de los mismos, y en los centros de salud, y que habitualmente carecen de formación, lo que revela el grado de su esfuerzo y su trascendencia. Señala que en el curso del año actual, y de ello se dará cuenta en el próximo Informe, se está acelerando el proceso de capacitación de estadísticos de primer nivel, que unidos a más de 500 adiestrados de nivel medio, proporcionarán una mano de obra de mejor calidad para cumplir tal cometido. Agrega que los estadísticos de Zona continuaron su labor de asesoría para mejorar el registro, el análisis y el empleo de las estadísticas vitales y de morbilidad. Afirma que, a pesar de todo, la Organización se ha atrevido a efectuar un balance de la evolución de los grandes problemas de salud en las Américas en este siglo, y que, incluso aceptando la debilidad del resultado, hay que reconocer que se han logrado progresos sustanciales.

La planificación ha puesto también en evidencia que es urgente desarrollar investigaciones operacionales, tendientes a medir el rendimiento de los recursos humanos y materiales existentes, con el fin de determinar en forma más precisa las metas que podrán cumplirse en cada período. Algunos Gobiernos han resuelto iniciar su proceso de la siguiente forma: reestructurar su organización existente, medir

el rendimiento de sus recursos actuales y, posteriormente, determinar objetivos. Si bien la Organización considera que este es también un camino muy aceptable, estima que, con plan o sin él, el estudio acelerado y pertinente del rendimiento de los servicios existentes va a permitir atender a una mayor cantidad de seres humanos. La experiencia ha demostrado al mismo tiempo la necesidad de realizar investigaciones en diversos aspectos sobre la metodología utilizada para la notificación de enfermedades.

Recuerda el Director que en muchas oportunidades la Organización ha señalado que el hecho de planificar no es un fin, que es sólo un instrumento o un procedimiento y que por ningún motivo una institución nacional o internacional debiera suspender las actividades que tiene en marcha para dedicarse exclusivamente a formular planes. Muy por el contrario, debiera intensificar esas actividades porque, al menos en el momento actual, los métodos en uso para la planificación sólo proporcionan un criterio más racional, que no se basa exclusivamente en la experiencia para la determinación de prioridades. Los técnicos en salud del Continente conocen los problemas de mayor significado, por lo que es comprensible que, al señalar el orden más adecuado de prioridades, no sea necesario interrumpir las actividades, sino más bien ampliarlas, como ha venido haciendo la Organización, de acuerdo con el punto de vista de los Gobiernos.

Anuncia el Dr. Horwitz que en relación con las actividades realizadas en 1964, a continuación destacará principalmente aquellas que, a su juicio, merecen observaciones especiales.

Señala que, en conjunto, a medida que se avanza en la campaña contra aquellas enfermedades sobre las cuales la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Directivo han instruido a la Organización para que asesore a los Gobiernos a fin de lograr erradicarlas, se comprende cada vez mejor que ninguna actividad de este orden puede realizarse de manera aislada, sino que debe ser coordinada estrechamente con los servicios de organización y administración de cada país.

A este respecto, da lectura al siguiente párrafo, que figura en la página xii del Informe: "Pensamos que en el momento actual de las Américas hay razones de orden técnico y de otra naturaleza que explican los programas destinados a un solo problema de salud, a una sola enfermedad. Es el llamado 'enfoque vertical'. Pero las hay también para in-

vertir en forma creciente en el mejoramiento de los servicios permanentes, los que atienden los problemas diarios y no exclusivamente las emergencias: tal el llamado 'enfoque horizontal'. No procede la querrela; muy por el contrario, la armonía entre ambos caminos de acción, porque no son mutuamente exclusivos, sino complementarios. Es más, porque se trata de doctrinas que deben someterse a los objetivos generales del bienestar de cada persona y de las sociedades. Afortunadamente, ha pasado en las Américas la hora de las grandes enfermedades cuarentenables, de las epidemias que diezmaron poblaciones. Está surgiendo con vigor la hora del desarrollo organizado para un programa sostenido. Y este sólo puede hacerse sobre la base de instituciones estables, apoyadas en la ley y creadas para servir propósitos de bien común".

Manifiesta el Dr. Horwitz que este es el enfoque que la Organización desea dar a los programas de erradicación, en particular a los de malaria y de viruela. Y con este propósito, siguiendo a la vez recomendaciones del Comité de Expertos de la OMS en Paludismo, resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Directivo de la OPS, se organizó en 1964 el primer Seminario sobre la Misión de los Servicios Generales de Salud en la Erradicación de la Malaria, que tuvo lugar en junio-julio en Poços de Caldas, Brasil, con la participación de los países de América del Sur. En marzo de 1965 se organizó el segundo seminario, que se celebró en Cuernavaca, México, para los países de América Central y el Caribe, y México. En ellos<sup>1</sup> se analizó la responsabilidad mutua de los servicios de salud y de los servicios de erradicación de la malaria, en las distintas fases del programa, y se establecieron recomendaciones precisas, habiendo acuerdo para llevarlas a la práctica. Todo ello significa que se procurará penetrar en el medio rural con servicios mínimos, ya que de otro modo no será fácil mantener las conquistas de la erradicación, cualquiera que sea el método empleado. La Organización considera que por su trascendencia este asunto es digno de ser debatido porque afecta, como es natural, a muchas de las actividades de los Gobiernos en materia de salud, y servirá de guía para la futura labor de la Organización.

Estamos convencidos—dice—que dada la extensa zona del Continente que se encuentra en fase de consolidación en materia de erradicación de la

<sup>1</sup> Los documentos correspondientes a ambos seminarios aparecen en la *Publicación Científica de la OPS* 118.

malaria, este asunto está cobrando gran urgencia, e invita al Consejo a revisar el cuadro 1, que figura en la página 2 del Informe, donde se refleja el estado de la erradicación de la malaria en las Américas, con respecto a población al 31 de diciembre de 1964. En él se puede observar que, de la población de las áreas originalmente maláricas, 57.414.000 habitantes viven en zonas en las que la erradicación está anunciada. Dicho cuadro refleja lo realizado en este siglo en el Continente, prácticamente en los últimos 20 años. Hay 32.277.000 habitantes que viven en zonas que están en fase de consolidación, en que el riesgo es mínimo y la aparición de casos proviene del exterior de cada zona. Hay 34.426.000 habitantes en zonas que se encuentran en fase de ataque en diverso grado de desarrollo y, por consiguiente, con excepción de las áreas problema, cada día disminuye el número de personas expuestas al riesgo y la frecuencia de los accesos. Hay, además, 34.525.000 habitantes en áreas en fase preparatoria, en sectores en donde el programa no se ha iniciado, pero afortunadamente, esta cifra se modificará, gracias a la activa determinación del Gobierno del Brasil—cuya población expuesta al riesgo representa 31.819.000 habitantes—porque existe el propósito de incorporar este país, a fines del año 1968, a la fase de ataque. Señala el Director que ha querido señalar a la atención del Consejo este cuadro para contrarrestar la tendencia natural de los técnicos en salud de olvidar lo realizado, destacar las dificultades y crear una imagen de fracaso, cuando, en general, el éxito ha sido muy superior a lo llevado a cabo hasta ahora.

No se sabe—continúa—cuándo la malaria será erradicada de las Américas, porque los factores que influyen en la situación actual son de naturaleza biológica y no pudieron ser previstos cuando la empresa se inició. Sin embargo, hay a la vez un progreso tan intenso en la investigación científica que se puede confiar en que surgirán procedimientos que permitirán reducir progresivamente la importancia de esta enfermedad como problema de salud pública. Entretanto, es preciso hacer constar que, gracias a los esfuerzos de los pueblos y de sus Gobiernos, 90 millones de personas en las Américas viven hoy prácticamente libres del peligro de contraer la malaria. Las áreas problema no representan más de un 15% de la población expuesta y, como se dará cuenta en detalle, se están tomando medidas activas de acuerdo con los conocimientos actuales, incluso la medida audaz de mantener bajo una terapéutica preventiva a decenas de miles de per-

sonas durante más de un año para reducir la frecuencia de la enfermedad. Este esfuerzo no podrá mantenerse, como sería de desear, si no se adoptan medidas a fin de que el medio rural, por lo menos en donde la incidencia de malaria sea mayor, disponga en alguna medida de un servicio de salud que permita mantener la consolidación lograda.

El mismo criterio se aplica al caso de la viruela, y a este respecto el Dr. Horwitz se refiere al cuadro 6 (página 12 del Informe), en el que figuran los casos notificados en las Américas entre 1963 y 1964. En la XV Reunión del Consejo Directivo se informó que, entre 1961 y 1963, habían sido notificados a los Gobiernos alrededor de 20.000 casos de viruela en las Américas, de los cuales 7.126 corresponden a 1963. Hasta el momento de la publicación de este Informe, sólo se conoce la existencia de 2.996 enfermos y es posible que esta cifra, al ser objeto de una mejor revisión, aumente todavía. Dicho cuadro, opina el Dr. Horwitz, debe analizarse en relación con el cuadro 7 (página 13 del Informe), en el cual se da cuenta del número de vacunaciones antivariólicas y la producción de vacuna antivariólica glicerinada y desecada en 20 países y 14 territorios de las Américas (excluyendo los Estados Unidos de América y el Canadá), de enero a junio de 1964. Es satisfactorio comprobar que la producción de vacuna es suficiente para terminar o para realizar un programa sistemático de inmunización en todos los países, y es digna de elogio la gran generosidad que los países productores muestran hacia aquellos que no lo son, tanto para fines de emergencia como para el desarrollo de su programa normal. Pero al mismo tiempo, según datos de los correspondientes Gobiernos, el cuadro revela que, de una población total de unos 210 millones de habitantes, fueron inmunizados unos 21 millones de personas, es decir, un 10 por ciento. Estima que tal vez la cifra sea baja porque no se sabe cuántos de aquellos casos fueron primoinmunizaciones y cuántos revacunaciones. Ello significa, no obstante, que, por lo menos, un 10% de las personas se ha beneficiado de una inmunización que, cabe esperar, haya sido positiva, y que existe, por tanto, una base para intensificar esta acción y terminar con dicha enfermedad. De lo contrario, con el exceso de tráfico en el mundo de hoy los países estarán siempre expuestos al riesgo de una infección proveniente del exterior. En su oportunidad—manifiesta el Dr. Horwitz—se dará cuenta<sup>2</sup> de la resolución aprobada por la 18<sup>a</sup>

<sup>2</sup> Véase pág. 76.

Asamblea Mundial de la Salud, que no sólo da a este problema una enorme importancia, sino que fija plazos, lo cual representa el compromiso de todos los Gobiernos de intensificar sus esfuerzos para dar cima a una obra que en las Américas se estima no es de las más complejas.

Lamenta seguidamente el Director que, a pesar de un sistema de vigilancia muy preciso, en el sexto recorrido mensual que se realiza reapareció en el curso de 1965 el *Aedes aegypti* en San Salvador, y ello obligó al Gobierno de ese país a adoptar, con la colaboración de la Oficina, las medidas que están llevándose a la práctica para evitar la difusión del mosquito. El Dr. Horwitz informa luego que la Argentina terminó su programa. Reitera que el problema ha adquirido especial notoriedad con las epidemias de dengue en los países del área del Caribe y de Venezuela, con la aparición de epidemias de fiebre hemorrágica transmitida por el mismo mosquito en países del Oriente, y, sobre todo en las Américas, con la aparición de cepas totalmente resistentes a los insecticidas clorados. Por otra parte, precisa que le es grato comunicar también la buena noticia de que, gracias a investigaciones patrocinadas por la Organización Mundial de la Salud, existen hoy día dos insecticidas organofosforados que están en condiciones de ser ensayados en el nivel de las comunidades, que actuarían contra las cepas resistentes y que no son tóxicos para el hombre. Es de esperar que, apenas exista una cantidad suficiente, puedan ser ensayados en el área del Caribe, a fin de reiniciar esta empresa, como se acordó en 1947.

En 1964 se dio especial importancia al programa de control de la tuberculosis, como consecuencia de las Discusiones Técnicas<sup>3</sup> celebradas en 1963. En el Seminario Regional<sup>4</sup> sobre el control de esta enfermedad, realizado en Caracas en noviembre de 1964, se analizó el problema en toda su amplitud, y distinguidos expertos del Continente se pusieron de acuerdo en las pautas a seguir para lograr que se acentuase la tendencia decreciente de la mortalidad, y disminuyera el número de casos y la calidad de estos.

Continuando con el tema de la tuberculosis el Dr. Horwitz hace notar que en el Informe se da cuenta de la asesoría prestada a 11 países. El hecho culminante que se destaca una vez más consiste, a su juicio, en que, dados los progresos de la técnica,

ya es posible incorporar las actividades de control de la tuberculosis a los servicios regulares de la salud, y hacer que los funcionarios de estos centros de salud dedicados habitualmente a luchar contra esta enfermedad puedan atender un número importante de casos, determinando aquellos que requieren atención del especialista. Los progresos alcanzados en Venezuela en este sentido de acuerdo con esta política, son dignos de mención. La Organización cuenta con las posibilidades de asesorar a los Gobiernos que así lo deseen en este problema, que sigue siendo de mucha importancia.

Con respecto a la lepra, el Dr. Horwitz da lectura al siguiente párrafo del Informe que figura en la página xxiii: "A medida que desaparece el oscurantismo respecto a la lepra en las Américas, emerge la magnitud del problema, los progresos que se han hecho y la vasta tarea que queda por realizar. Los antecedentes reunidos en el Informe así lo indican. Del total de los enfermos inscritos, lo que es sólo una parte de ellos, escasamente un 50% está bajo control. Por otra parte, si se suman las formas lepromatosas y se acepta que la mitad de las formas indeterminadas se convertirán en lepromatosas si no se someten a tratamiento, resulta que alrededor del 60% de los casos son altamente infecciosos. Se agrega que un 40% de los conocidos no está en tratamiento y que no más de dos contactos por enfermo está registrado, menos de la mitad del número habitual de convivientes. Al 31 de diciembre de 1963, en la América Latina se beneficiaban de un programa activo 167.038 casos. De enero a junio de 1964 se notificaron 3.570, y durante el mismo período el total de enfermos registrados fue 116.052. Cabe señalar que la prevalencia y la incidencia reales no se conocen. La sistematización de los conocimientos y su forma de aplicarlos en el control de la lepra, cuyo análisis fue motivo de un seminario especial<sup>5</sup> (Cuernavaca, México, 12-29 de agosto de 1963), ha puesto en evidencia en muchos países que las estructuras técnicas y administrativas son inapropiadas para la lucha contra esta enfermedad y que procede modificarlas, tarea a la cual se dedican los Gobiernos con la asesoría de la Organización".

En esta política de correlacionar la salud con la economía se le ha dado importancia creciente a las zoonosis y, entre ellas, principalmente a la hidatidosis, a la rabia, a la brucelosis y al ántrax. Las pérdidas que sufre la agricultura de la América

<sup>3</sup> Véase *Publicación Científica de la OPS* 112, 3-67.

<sup>4</sup> *Ibid.*, págs. 71-148.

<sup>5</sup> *Publicación Científica de la OPS* 85.

Latina, a causa de la rabia parálitica son enormes; aunque no se han medido exactamente, suman varias decenas de millones de dólares. Igual ocurre con la brucelosis, respecto de la cual hay datos de la Argentina de mucho significado. Indica el Director que la labor de la Organización se ha concentrado en el Centro Panamericano de Zoonosis, y en relación con este se complace en rendir público homenaje al Gobierno de la Argentina por haber hecho posible esta obra, y hoy con mucho más motivo porque ha resuelto presentar una proposición al Fondo Especial de las Naciones Unidas, con el fin de ampliar dicho Centro y darle posibilidades para ejercer una labor de alcance continental. La Organización espera que, gracias a las gestiones de la OMS, el Fondo Especial de las Naciones Unidas se pronuncie sobre este proyecto en enero próximo, confiando, como es natural, en que se pueda realizar, si bien ello depende exclusivamente de dicho Fondo de las Naciones Unidas.

El mismo interés en proteger las proteínas de origen animal en América Latina justifica la dedicación al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa que, como el Consejo sabe, es administrado por la Oficina Sanitaria Panamericana con recursos del Programa de Cooperación Técnica de la OEA. Dicha Organización solicitó una evaluación de las actividades del Centro, la que fue realizada por un grupo de expertos que se designó con ese fin. En el informe<sup>a</sup> sobre dicha evaluación, que se efectuó en el curso de 1964, se destaca la importancia y la excelencia de la labor que la institución ha realizado.

El Dr. Horwitz también se complace en tributar público homenaje al Gobierno del Brasil, que ha facilitado desde su origen el desarrollo del Centro. Señala que en junio de 1964 se celebró en Río de Janeiro la Conferencia Sudamericana Antiaftosa, patrocinada por la OPS, y a la que concurrieron los Ministros de Agricultura de casi todos los países de América del Sur. En dicha Conferencia se determinó el enorme volumen de pérdidas que causa la fiebre aftosa, campo de investigación operacional que, a su entender, conviene desarrollar con carácter urgente. El monto de las pérdidas varía, en proporción considerable, según el criterio que se emplee para determinarlas. Pero opina el Director que cualquiera que sea el criterio o los criterios que se utilicen al respecto, las pérdidas son muy considera-

bles si se comparan con el costo de un programa sistemático de inmunización.

Expresa su complacencia al manifestar que el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, gracias a los acuerdos de la Conferencia de Río y a la labor destacada del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, como asimismo a través del CIAP, han resuelto incorporar a su política la concesión de créditos para programas sistemáticos tendientes a reducir la incidencia de la fiebre aftosa en donde esta se presente, lo que sólo sucede hasta el momento en los países de América del Sur. Señala que Centroamérica no está invadida por esta infección y que México realizó hace años un audaz programa para combatirla, logrando terminar con ella.

El Centro ha estudiado, identificado y aislado virus modificados que producen una inmunidad mayor que los virus muertos. Sin embargo, el uso de estos virus modificados como vacunas suscita un problema de carácter internacional, ya que algunos países no aceptan carne proveniente de aquellos otros que usan vacuna con virus vivo, modificado, porque estiman que esto representa la posibilidad de la invasión de un virus vivo que podría exaltar su virulencia en el futuro. Según informaciones obtenidas, el Gobierno de Francia, por ejemplo, está elaborando una legislación en este sentido y es posible que tal legislación se extienda a los demás países de Europa. Así se explica que algunos países de América del Sur, en especial la Argentina—que ha desarrollado al respecto un programa muy bien organizado—estén utilizando exclusivamente vacuna de tipo Frenckel con inmunizaciones cada cuatro meses, lo que representa un gasto enorme cuando se trata de muchos millones de cabezas de ganado que hay que inmunizar. Quedan, no obstante, varios problemas importantes que resolver: la vacuna no es efectiva en la fiebre aftosa de los porcinos y este es un asunto que habrá que seguir investigando.

La decisión de los mencionados bancos ha ampliado el campo de acción del Centro y la asesoría que debe prestar a los Gobiernos en este momento para preparar sus proyectos y explicar la magnitud del crédito exterior que se requiere. También ha aumentado su labor en la organización de laboratorios de control de la vacuna, los cuales no han estado bien organizados, sino por excepción, en los países en que la enfermedad es prevalente.

El Dr. Horwitz se refiere entonces al cuadro 17 (página 34 del Informe) respecto al problema de

<sup>a</sup> Documento Oficial de la OEA, CIES/648 (esp.), 1964.



la peste. Señala que prácticamente, entre 1963 y 1964, el número de casos conocidos en cinco países—en realidad en cuatro en 1964—aumentó en un 50 por ciento. Esto explica la urgencia de reactivar programas de investigación y de control, sobre todo de peste selvática, allí en donde la enfermedad se revela con más intensidad. La Organización espera poder continuar, o más bien ampliar, las actividades en este sentido en el Perú y en el Ecuador en un futuro muy cercano.

Por razones naturales y por decisión del Consejo, se ha dado al saneamiento básico todo el significado e importancia que tiene. En 1964 lo distintivo, en opinión del Dr. Horwitz, residió en lo rural. Como se recordará, en la XIV Reunión del Consejo, celebrada en 1963,<sup>7</sup> se presentó un proyecto para crear un Fondo de Bienestar Rural, que permitiera abordar el asunto del saneamiento rural de manera que se asegurara su expansión progresiva y permitiera realizar en años sucesivos el programa utilizando exclusivamente recursos nacionales. Mientras dicho proyecto, que sigue vigente, se resuelve, las actividades prosiguieron en 1964 mediante la acción habitual del Gobierno respectivo, solicitando créditos del capital exterior cuando aquel lo estimó necesario y la asesoría de la Oficina cuando lo juzgó indispensable. Lo realizado en el año por los Gobiernos con respecto al capital exterior figura en el cuadro 19 (página 43 del Informe), donde se detalla el costo del proyecto, las características de la asistencia financiera y el organismo del Gobierno responsable, en 11 países que, en una u otra forma, están preocupados por intensificar su programa de saneamiento rural. Son dignos de mención los programas de Venezuela y del Perú y el comienzo del programa en Chile, y la Organización confía en que los otros países que se mencionan en el cuadro desarrollen sus actividades con la misma intensidad en el curso del año, y en particular durante el próximo. Dicho cuadro revela, por una parte, el interés de los Gobiernos, pero sobre todo la demanda de la población rural que, es menester reconocer, ha estado relativamente abandonada. Opina el Dr. Horwitz que tal abandono obedece no sólo a razones no técnicas, sino a haber estimado con un criterio erróneo la capacidad del medio rural, tan real y eficiente como la de la población urbana. La experiencia de estos países muestra que en donde se motivó adecuadamente, sin segundos intereses, la

actividad y cooperación de la población rural, esta respondió en forma realmente emocionante, ofreciendo su propio trabajo, su esfuerzo, sus materiales locales, e incluso fondos. Recalca que facilitaron fondos no sólo para esa obra, sino también para otras, ya que al adquirir conciencia del efecto del propio esfuerzo han querido emprender otras actividades para el bienestar común. Expresa el Director su convencimiento de que la cuestión rural de la América Latina—no la de saneamiento únicamente, sino la totalidad de los problemas que plantea la necesidad de alcanzar un nivel de vida mínimo esencial—no se podrá resolver mientras el capital exterior no constituya un fondo catalizador que permita crear en el seno de cada país lo que se ha llamado “fondos rotatorios nacionales”, que a su vez aseguren la continuidad de la empresa en cada comunidad rural, sin tener que depender exclusivamente del capital exterior. A pesar de ser extraordinario lo mencionado en el cuadro, no debe olvidarse que, como se ha dicho antes, cada uno de los proyectos desaparecerá si no se fomenta su continuidad, porque no se crea ningún mecanismo para que esa misma comunidad lo aproveche o su esfuerzo beneficie a las comunidades vecinas.

El Dr. Horwitz solicita de los Ministros de Salud que tengan a bien volver a analizar la idea de un Fondo de Bienestar Rural, ya que dada la experiencia adquirida en los dos últimos años transcurridos desde que tal iniciativa se propuso, está convencido de que para la América Latina ese es el camino a seguir.

Respecto al saneamiento urbano, prosiguieron los esfuerzos y en el cuadro 20 (página 44) se ofrecen datos de lo realizado por los Gobiernos al respecto, revelándose la distribución de fondos destinados para la construcción de servicios de agua y alcantarillado entre 1960 y diciembre de 1964, fechas que están en relación muy directa con la creación del Banco Interamericano de Desarrollo. El hecho concreto es que cualquiera que sea el origen del capital exterior—y en dicho cuadro se mencionan las fuentes—38.420.000 habitantes se van a beneficiar, ya sea porque el volumen diario de agua va a aumentar o porque van a tener por primera vez agua en cantidad suficiente y de calidad adecuada. Se ha hecho, por lo tanto, una estimación de todos los fondos nacionales, tanto de los originados en préstamos como de los provenientes de los presupuestos de Ministerios de Obras Públicas, de Recursos Hidráulicos o de Salud.

<sup>7</sup> Documento Oficial de la OPS 54, 17-18, 115-125.

La OPS ha seguido cooperando directamente con los Gobiernos y con el Banco Interamericano de Desarrollo mediante la actuación de 46 ingenieros que forman parte de su plan de ingenieros sanitarios y recurriendo a expertos de alto nivel en el campo de la ingeniería sanitaria, y a otros, que fueron más de 40 en 1964. El Dr. Horwitz se muestra convencido de que en la historia de la salud pública de la América Latina quedará registrado este hecho, ya que resulta inusitado el volumen total de la inversión, que es superior a los 640 millones de dólares, en un lapso tan breve y para beneficiar un número tan considerable de seres. En el Informe también se da cuenta de las demás actividades de ingeniería sanitaria y del importante capítulo de adiestramiento de ingenieros, el cual comprende dos grandes líneas de acción: cursos cortos, que lograron gran éxito, gracias a la estrecha relación entre ministerios y universidades, cooperando en ellos la Organización; y dos programas fundamentales, en los que se procura acelerar la formación de ingenieros sanitarios de alto nivel e iniciar a la vez la investigación de las características del ambiente de cada país, estudio que si bien se inició en 1963, no se pudo aprobar hasta 1965. Uno de los programas se desarrolla en Río de Janeiro, en la Superintendencia de Urbanismo y Saneamiento (SURSAN), y el otro en Venezuela, con la colaboración de cuatro universidades del país, en cuatro facultades de ingeniería. Se sabe que otros países llevan a cabo estudios similares con el mismo propósito.

En cuanto a fomento de la salud, el Dr. Horwitz se refiere al programa de atención médica, al que sólo se destinó el 4% de los fondos en 1964. Estima que la correspondiente cifra debe evaluarse considerando la tendencia actual en cuanto a esta actividad, que ha cobrado especial importancia en los últimos años. Conviene tener presente si la política que la Organización sigue en materia de atención médica es de asesoría en aspectos de un problema tan complicado, que afecta a la organización general de dicho servicio de atención, en el seno de un país o de varios países. Por supuesto, no puede ser función de un organismo internacional la participación en la atención directa de enfermos—cualquiera que fuese su naturaleza y su número—y por eso se ha insistido en el adiestramiento de administradores de hospitales, dándose cuenta en el Informe de una serie de cursos. La OPS ha brindado asesoría para el mejoramiento de ciertos hospitales

tipo, la cual fue proporcionada por los asesores de zona una vez que los Gobiernos determinaron la naturaleza del hospital y los aspectos que deseaban mejorar; esta es una actividad que se proyecta extender aún más. La Organización abordó también, por mandato del Consejo en su XV Reunión, el estudio encaminado a alcanzar el mejor rendimiento en prestaciones médicas de todos los recursos con que cuenta un Gobierno, cualesquiera que sea el origen de los mismos, en particular dentro del sector público, lo cual se relaciona, como es natural, con el volumen mayor de las instituciones de seguridad social. En la reunión de México se precisó con claridad que el Consejo no se proponía vulnerar la legislación vigente ni atentar contra las funciones establecidas, sino que se orientaba esencialmente a lograr una mejor coordinación y una mayor armonía para poder atender un número más grande de enfermos con los fondos existentes. La voluntad de los Gobiernos no se refleja esencialmente en el mejoramiento de las instituciones sino en el mejoramiento del bienestar de los pueblos. Recuerda que entonces se dieron instrucciones<sup>8</sup> en el sentido de que se organizara un grupo de estudio para estudiar las relaciones entre las prestaciones médicas de la seguridad social y las de los Ministerios de Salud. Dicho grupo fue organizado y en esta Reunión del Consejo se dará cuenta de sus recomendaciones,<sup>9</sup> con el fin de que el Consejo opine sobre el camino a seguir en tan delicada materia.

En virtud de la Resolución XXV<sup>10</sup> de la XV Reunión del Consejo, se encomendó a la Organización que estudiara el problema de la planificación de hospitales, incluyendo su construcción, dotación de personal, y funcionamiento, dentro del contexto de los planes nacionales de salud y de una función integral de la salud. También se realizó este cometido por medio de un comité asesor,<sup>11</sup> cuyo informe ha sido distribuido y del cual se dará cuenta oportunamente, de acuerdo con el programa, a fin de recabar la orientación del Consejo.

En materia de nutrición, señala que en el Informe indica que, en la actualidad, la producción de alimentos por persona es más baja que hace 10 años, especialmente en cuanto a calidad, y esta situación justifica la necesidad de acelerar la modernización de las técnicas de explotación de la tierra, la reforma

<sup>8</sup> Resolución XL. Documento Oficial de la OPS 58, 42-43.

<sup>9</sup> Véase *Publicación Científica de la OPS* 129, 53-65.

<sup>10</sup> Documento Oficial de la OPS 58, 29-30.

<sup>11</sup> Véase *Publicación Científica de la OPS* 129, 135-143.

respecto a su uso y tenencia, y la investigación de aquellos cultivos adaptados a las condiciones ambientales y a las características sociales y culturales de los países de América Latina. Asimismo se justifica la necesidad de proceder a una nueva formulación de la política agrícola, con miras a lograr una armonía entre las necesidades biológicas de la población y los requerimientos económicos de las exportaciones. Es fácil comprender que no todos los países podrán producir cuanto requiera su población, y de ahí la trascendencia del mercado común. Por otra parte, no parece natural que se ponga énfasis en aquello que aunque promete buenos ingresos, carece de valor nutritivo, cuando es difícil obtener las proteínas que son indispensables para los habitantes. En la nueva formulación de la política agrícola debe incluirse la modernización de los sistemas de conservación, distribución y consumo de los alimentos, ya que el dispendio es enorme—y sería de interés medirlo—y deben adoptarse métodos que hayan sido ampliamente probados para el mejoramiento de las áreas cultivables.

La labor de la Organización durante 1964 en lo que se refiere a nutrición, se realizó por intermedio de cinco asesores zonales, consultores a corto plazo y, en Centro América, a través del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), que—como es de conocimiento del Consejo—se financia con contribuciones directas de los seis Gobiernos de la región, por medio de contribuciones de la Organización y con fondos provenientes de asignaciones para investigaciones.

Como se detalla en el Informe, aumentó el número de centros de recuperación nutricional en ciertos países y se registró un incremento en la producción de mezclas de proteínas vegetales y de INCAPARINA, que se ha hecho la más conspicua de estas, y que, por razones muy naturales, llegó a dos millones de libras en tres países, lo que representa un 320% de aumento con respecto a 1963. Esto proporciona una idea sobre la magnitud que alcanza el problema de la desnutrición infantil. Este año se han tomado disposiciones que es de esperar permitan intensificar o iniciar la producción de INCAPARINA en otros países.

El INCAP prosiguió su importantísima labor de adiestramiento, que hoy día es de carácter mundial. En 1964, recibieron formación 85 becarios de 22 países, con lo que asciende a más de 500 el número de personas procedentes de muchos países del mundo que han sido adiestradas. Como ha señalado el Dr.

René Dubos, distinguido miembro del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas, el INCAP constituye el único centro del mundo que actualmente estudia el problema de la nutrición en su integridad, en todos sus aspectos. Por eso—agrega el Dr. Horwitz—convencidos de que es preciso estabilizar financieramente al Instituto, después de tan brillante labor de 14 años, se solicitó un incremento de \$200.000 en el presupuesto de 1966, de la contribución de la OPS al INCAP.

Guatemala exhibe una sorprendente disminución del bocio, del 37% al 7%, debida a la yodación de la sal, lo que revela que los 30 millones de enfermos de bocio conocidos en América Latina no deberían haber existido y no deberían seguir aumentando. En 1964 se creó un laboratorio de referencia sobre bocio para estudiar el metabolismo del yodo y uno de anemias en Caracas. Cree el Director que este problema de la nutrición debe considerarse conjuntamente con el de saneamiento y educación, y con las técnicas de prevención y curación de los niños menores de cinco años, si se desean reducir sustancialmente las cifras de mortalidad infantil.

Respecto a la situación actual en materia de educación y adiestramiento, el Dr. Horwitz da lectura al párrafo siguiente que figura en la página xxv de la introducción del Informe Anual:

“Los datos sobre el total estimado de enfermeras y de auxiliares en los países de Sudamérica indican que existe una proporción de 2,6 enfermeras por 10.000 habitantes, en circunstancias que la tasa de médicos alcanza a 5,5 para igual población, si se aplica a los países de América del Sur la cifra correspondiente al total de la América Latina. La relación es a todas luces inversa a las necesidades. Podría compensarse agregando el total de auxiliares, lo que daría 10 funcionarios de enfermería por 10.000 habitantes, vale decir, el doble de los médicos. Lamentablemente, no más de una tercera parte de las auxiliares han sido debidamente adiestradas”.

Tal relación explica la urgencia del adiestramiento, aunque, como ha señalado el Director General de la OMS en la sesión inaugural, si hay un hecho sorprendente en las Américas en los últimos años es el progreso que se ha logrado en la formación de técnicos. Destacó el Dr. Candau que hace 20 años no había ingenieros sanitarios, y la existencia de ellos explica en buena medida el interés con que los Gobiernos están abordando el problema de saneamiento. Existían entonces muy pocas escuelas de medicina, las cuales se han duplicado en los

últimos años hasta llegar hoy día a 110. Por consiguiente, y así lo recalco también el Director de la OMS, hay que mirar con optimismo al futuro, pero intensificar la acción. En ese sentido se orienta la política que sigue la Oficina, todo lo cual servirá para establecer, en lo posible, índices de recursos humanos que correspondan a las características de los países de América y no a las de aquellos en que el panorama de la morbilidad, así como la cantidad y la calidad de los recursos, son diversos.

Con la colaboración del Milbank Memorial Fund y el alto patrocinio del Gobierno de Colombia y de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, se inició en dicho país, en el curso de 1964, un proyecto de dos años con el fin de establecer una metodología respecto a recursos humanos que pueda ser empleada también por otros países y al mismo tiempo permita al Gobierno obtener una información más ajustada tanto a la realidad sobre las necesidades de salud como a la demanda social, lo que permitirá programar sobre estas bases las actividades del Ministerio. Se espera que una vez terminado este estudio y de acuerdo con sus resultados, se le pueda difundir ampliamente entre los Gobiernos con los fines señalados. Entretanto, en 1964 se asesoró directamente en distintos aspectos a 37 escuelas de medicina mediante los servicios de consultores de la Organización, contratados a corto plazo, y se extendieron las actividades de pedagogía médica. El consultor Dr. Edward M. Bridge, inició la preparación de un libro<sup>12</sup> sobre esta materia que se publicará a fines de año y que será difundido ampliamente. Se puso también de relieve la inadecuada calidad de la enseñanza de la pedagogía médica en 10 escuelas, y la disparidad que existe entre ellas, e informa que, en relación con la Resolución WHA18.39<sup>13</sup> de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, se han solicitado los servicios de dos consultores a corto plazo que se encuentran visitando algunas escuelas representativas del Continente para estudiar la situación de las bibliotecas médicas, con objeto de proponer al Consejo un proyecto que permita abordar el problema, de forma que los estudiantes tengan acceso a textos en su propio idioma, seleccionados por grupos de profesores del Continente, con lo que se contribuirá a mejorar la calidad de la enseñanza. A su entender, en general,

la pobreza de las bibliotecas de las universidades de los países latinoamericanos es casi proverbial.

Prácticamente en cada programa de la Oficina hay una parte dedicada a adiestramiento; así, en los programas de asesoría de servicios generales de salud para 1964 los Gobiernos, con la colaboración de técnicos de la Oficina, organizaron 143 cursos en los cuales se prepararon 4.124 funcionarios en distintas actividades de salud. El número de becas, para estudios de una duración media de cinco meses, aumentó en 12% con respecto a 1963 y benefició a 639 funcionarios, cifra bastante elevada si se toma en cuenta la gran proporción de becas de carácter académico.

El Dr. Horwitz reconoce que no es sencillo resumir 430 proyectos y así lo revela el volumen del Informe. Termina su intervención señalando que en las páginas del Informe está patente la intención de la Secretaría de respetar la actividad tradicional, la que ha constituido el eje de las labores de esta Oficina en el siglo, pero sin olvidar que los Gobiernos buscan nuevas iniciativas para acelerar el progreso y el bienestar, y es responsabilidad de la Organización colaborar en tal sentido.

El PRESIDENTE felicita al Dr. Horwitz por la presentación clara y precisa de su Informe, exposición que refleja su personalidad, su inteligencia y su cultura. Considera que el Consejo puede sentirse satisfecho del firme progreso que realiza esta gran institución que es la Organización Panamericana de la Salud.

El Dr. FERREIRA (Brasil) manifiesta que, en nombre de su Delegación, desea formular algunos comentarios sobre lo que durante varios años ha interpretado él como deseo del Consejo, es decir, disponer de un Informe que presente con exactitud la ejecución de los programas, en consonancia con lo que se había proyectado y los encargos recibidos, y que ofrezca la información necesaria para poder evaluar lo que se hizo o lo que no se hizo. En su opinión, el Director de la OSP ha satisfecho esos deseos en una forma tan perfecta que puede comprenderse que el 85% de los programas han sido cumplidos, no habiéndolo sido el 15% restante debido a causas imprevistas o porque ha sido necesario alterar los programas mismos. Reconoce que, para los sanitaristas, resulta siempre difícil la planificación de programas para el año siguiente, ya que es casi imposible predecir los acontecimientos del año venidero, por lo que, en realidad, los proyectos y programas nunca pueden cumplirse al pie

<sup>12</sup> *Pedagogía Médica. Publicación Científica de la OPS* 122.

<sup>13</sup> *Act. of. Org. mund. Salud* 143, 24-25.

de la letra. Por estos motivos, el Informe no sólo responde por completo a esos deseos sino más aún: las expresiones vertidas por el Director dejan entrever otros logros, ya en ciernes, que no constan en el texto del documento propiamente dicho. En realidad, al presentar los programas ejecutados en 1964, todos ellos de decidida justificación, el Director trazó prácticamente los planes de trabajo para 1965 y para el porvenir, aduciendo conceptos de orden filosófico muy apropiados.

Hay dos puntos de importancia para el futuro—los cuales han sido considerados ya en el Informe para 1964—a los que desea referirse: en primer lugar, la relación entre los planes económicos y los planes de salud. Felizmente, ya se va superando la etapa en que la atención médica y la prevención y la protección de la salud se consideraban como una inversión improductiva. Además, la asociación de los planes de desarrollo con los planes de salud pública, es hoy día un hecho reconocido. Destaca que el Presidente del Brasil es un líder convencido de la importancia que tiene la salud para los planes de desarrollo económico. No hay que olvidar que en el Acta de Bogotá y en la Carta de Punta del Este, que representan posiciones mundiales con respecto al desarrollo y a la salud pública, hay amplias referencias al revolucionario concepto de inversión de fondos para la protección de la salud, lo que hace unos 15 ó 20 años hubiera sido imposible conseguir de los economistas y de los encargados de la planificación. Considera también muy importante lograr que los Ministerios de Salud, los de Planificación o los organismos gubernamentales que se encargan de fomentar el desarrollo nacional, actúen siempre en forma coordinada, y cree pertinente subrayarlo porque la planificación y el desarrollo son al presente términos que se utilizan más que los de salud pública y protección. Entiende que hay, sin embargo, cierta tendencia a considerar que el planificador es una especie de superhombre, capaz de trazar planes, sin necesidad de percatarse de lo que en este sentido corresponde al área de la medicina preventiva.

El otro asunto que le parece digno de atención, y que el Director ha examinado con bastante detenimiento, es el problema de la protección a las poblaciones del medio rural de escasos recursos, y también el de la necesidad de desarrollar las infraestructuras de salud a fin de que estas sirvan de base para campañas de erradicación de verdadero éxito, ya que, a su juicio, en América, salvo quizás el Canadá y los Estados Unidos de América, los países carecen

realmente de una infraestructura rural. Las actividades de salud se llevan a cabo en los sectores rurales de un modo eventual, a través de campañas transitorias, o de las cuales se valen los sanitarios para obtener nuevos recursos presupuestarios que permitan realizar alguna labor en esas zonas. No obstante, una vez que la campaña llega a su término, la cuestión cae en el olvido y poco a poco las cosas vuelven a su estado anterior. Ello muestra la necesidad de que campañas de esa naturaleza se preparen adecuadamente y lleguen a transformarse en su momento en la propia infraestructura de salud. En otras palabras, sea cual fuere el plazo de una campaña determinada, la actuación debe persistir, pues no puede haber límite ni para el desarrollo ni para la permanencia de los programas.

Basándose en la experiencia de Brasil en lo referente a la atención médica, señala que se puede afirmar que el 80% de la misma se circunscribe a instituciones de carácter privado. Son todavía las órdenes religiosas o las instituciones de caridad las que cargan con el mayor peso en cuanto al mantenimiento de dichos servicios, siendo además cada vez mayor la proporción en que estos resultan más costosos y difíciles en el sector de la práctica privada. Considera llegado el momento en que, como ha señalado el Director, los organismos responsables de la protección de la salud, que son los ministerios del ramo, encuentren el camino para que esa gran área que es la seguridad social no se mantenga encerrada en una torre de marfil, separada por completo de la profesión médica.

En cuanto al problema de las bibliotecas, al que también se ha referido el Director, lamenta que la mayoría de los organismos de formación profesional de América Latina no pueda disponer de un instrumento tan indispensable; subraya la importancia que tiene no sólo el acopio y depósito ordenado de las publicaciones, sino el mantenimiento activo de medios de enseñanza que induzcan a los interesados a acostumbrarse a utilizar una biblioteca, a fin de que esta sea un órgano activo de formación cultural, campo en el que la intervención de la Organización Panamericana de la Salud será, indudablemente, de suma importancia.

En resumen—señala el Dr. Ferreira—los comentarios formulados por el Director han sido verdaderamente reveladores; ha presentado una clara exposición de lo que se hizo, de lo que se pudo hacer y de lo que se debe hacer en el futuro, por lo que

la Delegación del Brasil aprueba con gran satisfacción su Informe.

El Dr. VALDIVIESO (Chile) manifiesta que el Informe presentado por el Director es realmente brillante, ya que la claridad con que ha expuesto las realizaciones, así como la proporción en que los proyectos fueron ejecutados durante el año pasado, revelan un balance decididamente positivo. Como ha dicho el Director, el año de trabajo se inició con un total de 430 proyectos, de los cuales el 85% ha sido cumplido. Si bien es cierto que la meta debiera ser alcanzar el 100% de lo proyectado, no cabe duda de que, si se tienen en cuenta las diversas circunstancias y aquellas responsabilidades que no son ya de la Oficina, sino de los propios países, este balance es extraordinariamente favorable. El análisis de cada logro, especialmente en lo que concierne a los problemas que el Director ha catalogado dentro del enfoque vertical, esto es, el enfoque clásico y tradicional, pone de relieve que en el rubro de enfermedades transmisibles los progresos registrados son, evidentemente, encomiables. Si bien su país ha obtenido grandes beneficios con estos proyectos, afirma el Dr. Valdivieso que lo que más le interesa por el momento—tanto en lo personal como en el plano oficial, ya que es responsable de un Ministerio, y se trata de un asunto que interesa también a su país—es destacar el hecho de que el Informe muestra claramente que en el último año se ha obtenido, si no lo que podría llamarse un enfoque integral, sí una extraordinaria ampliación del campo de actividades de la Oficina. Cuando el Director habla del enfoque horizontal, es decir, cuando estima la salud como componente del desarrollo, cuando la teoría de la salud se engrana dentro de la economía, de la vivienda, de la educación y de la alimentación, y las acciones para protegerla se desarrollan en un sentido horizontal, se hace evidente que se están abriendo nuevos horizontes. Algunos de los programas que en Chile se ubican dentro de esta catalogación, muestran ya posibilidades ilimitadas. Indica el Dr. Valdivieso que, en su país, como en muchos otros de América Latina donde el agua es escasa, los programas de saneamiento para una población rural que representa todavía el 30% del total de los habitantes, constituyen el mejor de los catalizadores que podrían descubrirse para organizar la comunidad. De esta forma, en una obra todavía muy en ciernes, la comunidad—después de satisfacer el propósito primario con el cual se constituye y aglutina, como la obtención de agua potable para comunidades me-

nores de 1.000 habitantes—se decide a solicitar algo más y, por su propia iniciativa, impulsa otros proyectos en los cuales muchas veces las autoridades de salud no tienen ya intervención directa.

El Dr. Valdivieso concluye felicitando al Director por la labor realizada y expresa sus deseos de que, siguiendo la línea de acción enunciada, se llegue al mayor éxito de los programas de salud de la Organización.

El Dr. SALDAÑA (El Salvador) se suma a las manifestaciones que han formulado los Representantes que le precedieron en el uso de la palabra y felicita muy cordialmente al Director por su Informe. Añade que desea hacer dos comentarios: uno de ellos en relación con la malaria y el otro en cuanto a la campaña antituberculosa. Como en otros países, la campaña antipalúdica en El Salvador, en plan de erradicación, ha sufrido una serie de retrasos debidos a problemas ampliamente conocidos, de los cuales hay que destacar, en primera línea, los cambios biológicos del vector, y después, la carencia de recursos económicos suficientes en el momento oportuno para la ejecución de las distintas actividades que implica esa erradicación. En cuanto al aspecto financiero, es indudable que en muchos países latinoamericanos la falta de recursos económicos constituye un factor decisivo para la ejecución de cualquier programa de erradicación de enfermedades transmisibles. Pero existen también otras circunstancias que influyen en que no se logre la aportación de fondos suficientes, como son los bruscos cambios políticos de que todavía son víctimas algunas naciones, dando lugar a atrasos en el desarrollo de los programas y, por consiguiente, a la pérdida de todo lo que se ha logrado en las campañas. Se pregunta si no sería posible crear un fondo especial para aquellos países que, por causas de fuerza mayor, no pueden o se encuentran temporalmente imposibilitados de proseguir dichos programas.

Por otra parte, debe ponerse el mayor énfasis en los programas para la ejecución de obras de drenaje, ya que se tiene el ejemplo de países altamente palúdicos que mediante adecuados programas de drenaje, casi por sí solos, han visto desaparecer el problema de la malaria. Subraya la importancia que tendría la existencia de ese fondo especial para que fuese utilizado por países que, debido a circunstancias especiales, no pudiesen continuar sus programas de erradicación de la malaria, y para intensificar

también, hasta donde sea posible, sus programas de drenaje.

En lo que respecta a la tuberculosis, se refiere al problema del enfermo considerado como irrecuperable y que constituye un factor importante en la transmisión de tal enfermedad. Este paciente puede ser de dos clases: el que dada la fase avanzada de sus lesiones orgánicas destructivas no puede restablecerse, pero no constituye un problema de salud; y aquel otro que ha adquirido resistencia a todas las drogas conocidas. La legión de tuberculosos irrecuperables de este segundo grupo en la América Latina es enorme, y en muchos de los hospitales o sanatorios destinados al tratamiento de esta enfermedad el porcentaje excede del 50% de los enfermos. Se les denomina irrecuperables porque han adquirido resistencia, y representan un grave problema de salud pública ya que es imposible mantenerlos hospitalizados, e incluso transmiten cepas resistentes a todas las drogas.

A su juicio, la cuestión es grave porque el tratamiento de los pacientes de tuberculosis se confía muchas veces a personas no especializadas, y cuando el enfermo llega al especialista su situación ya no se puede resolver. Sugiere, por último, que se explore la posibilidad de crear programas especiales de asesoría para las campañas nacionales antituberculosas.

*Se suspende la sesión a las 10:55 a.m.  
y se reanuda a las 11:30 a.m.*

El Dr. MUÑOZ (Colombia) se suma a las expresiones de felicitación que ha recibido el Dr. Horwitz por su Informe, documento que constituye—dice—un exponente de las condiciones de gran sanitarista que asisten al Director de la OSP. Refiriéndose a la importancia de la labor de salud acometida en las zonas rurales, manifiesta que ello concuerda con las aspiraciones de Colombia, donde más del 50% de la población reside en los medios rurales. Por ese motivo, se ha iniciado en su país un estudio sociológico de la población rural, principalmente en lo que respecta a la organización familiar de la misma, hecho que se considera sumamente importante. Declara que tal proyección hacia las zonas rurales constituye en Colombia el fundamento de cualquier programa de salud y da cuenta de que se está tratando de establecer un organismo horizontal permanente en beneficio de dichas zonas, a fin de que sus habitantes puedan disfrutar de los servicios superiores de prevención y asistencia médicas, a través de centros que, aunque sean rudimentarios, vinculen

a las zonas rurales con las esferas más altas de las actividades de salud. Termina reiterando su felicitación al Dr. Horwitz.

El Dr. AGUILAR HERRERA (Guatemala) manifiesta que el Informe presentado por el Director de la OSP merece los comentarios más elogiosos, por lo que se suma a las expresiones de felicitación ya formuladas. Seguidamente hace mención de un punto que figura en el Informe, relativo al mejoramiento de prácticas y métodos administrativos. Todos los países han tropezado y siguen tropezando con dificultades de orden administrativo en la ejecución de sus programas de salud pública. Considera, pues, que la labor iniciada en este sentido por la Oficina es de la mayor importancia, y que debe mantenerse con el máximo interés, mostrándose además partidario de que se amplíe, en especial en lo que se refiere a la formación de técnicos. Recomienda la intensificación del programa de la OPS en este campo, para que, en un tiempo relativamente corto, los sistemas administrativos guarden armonía con los fines de los programas que se realizan en los respectivos países.

El Dr. COMISSIONG (Trinidad y Tabago) felicita al Director por su excelente Informe y por la exposición del mismo. Señala que recientemente su país había tenido el placer de recibir la visita del Director, durante la cual este hizo manifestaciones favorables sobre algunas actividades que se están llevando a cabo en él.

El orador se refiere particularmente al programa relacionado con la planificación de los servicios de salud emprendido en Trinidad y Tabago, y da cuenta de que en el documento en el que se establece el segundo programa quinquenal se presta especial atención a la necesidad de desarrollar actividades de planificación sectorial dentro de los Ministerios, como parte del programa general de planes de desarrollo.

El Dr. Comissiong cita, a continuación, el siguiente párrafo del mencionado documento que, a su juicio, expresa aquel criterio: "El objetivo a largo plazo de nuestro plan nacional de desarrollo debe ser la plena utilización de los recursos humanos y naturales, junto con los financieros, a fin de obtener, para los sectores más amplios de nuestra sociedad, un nivel de vida que responda a las exigencias de la dignidad humana en la época en que vivimos".

En 1964, el Ministerio de Salud de su país, con el fin de simplificar y, al mismo tiempo, fortalecer su estructuración orgánica, solicitó el asesoramiento

de instituciones internacionales, en materia de planificación y administración de los servicios de salud. La cooperación prestada por la OSP permitió al Ministerio llevar a cabo, durante 1965, las actividades siguientes. En primer lugar, una evaluación de su estructura orgánica, del rendimiento de los servicios administrativos y de su capacidad para ejecutar los programas de salud. Advierte el orador que antes de este nuevo plan, la administración actual y las anteriores habían realizado varios estudios, pero las recomendaciones derivadas de ellos se referían a problemas concretos, en lugar de abarcar una evaluación general de las actividades del Gobierno en el campo de la salud. Las consecuencias de esta labor anterior han consistido en la aplicación selectiva de medidas correctivas que, si bien aliviaron temporalmente la situación, casi siempre hicieron aún más complicada la organización existente al aumentar el número de unidades dependientes directamente del Ministerio. Señala el orador que esta proliferación de unidades separadas no sólo incrementó el costo de las operaciones, sino que además contribuyó, en grado considerable, a debilitar el control administrativo y técnico de los servicios.

En segundo lugar, de acuerdo con lo dispuesto en el segundo programa quinquenal de desarrollo, se ha establecido un Comité de Planificación Sectorial, presidido por la propia Ministro, cuyas finalidades son las siguientes: a) la evaluación del nivel de salud en relación con el grado de desarrollo socioeconómico del país; b) la formulación de un plan nacional de salud que resulte factible dentro de las limitaciones de los recursos existentes; c) el establecimiento de una organización para llevar a cabo dicho plan, y d) la evaluación periódica del plan durante su ejecución, con el objeto de introducir las modificaciones que se consideren necesarias. Con respecto a estas actividades de planificación sectorial, se ha establecido también en el Ministerio una unidad de planificación, habiéndose asignado a ella un oficial de planificación.

En tercer lugar, se ha ofrecido adiestramiento a 35 funcionarios principales de diversas disciplinas de la salud, sobre una metodología de planificación adaptada a un país en el que los recursos son limitados, el sistema de obtención de datos es deficiente y la demanda de servicios aumenta rápidamente. En este curso de adiestramiento se señaló la necesidad fundamental de aprovechar al máximo los recursos disponibles, en lugar de elaborar planes

utópicos, fuera del alcance de las posibilidades económicas.

El cuarto aspecto se refiere al establecimiento de comités hospitalarios regionales para que colaboren con el Ministerio mediante la recomendación de métodos para mejorar esas instituciones, especialmente con respecto a organización interna y administración. Los participantes en el Primer Curso sobre Planificación Nacional de Salud, por su parte, llegaron a conclusiones esencialmente análogas a los resultados de la encuesta que con anterioridad habían llevado a cabo los expertos de la OPS/OMS, quienes sugirieron las líneas generales para implantar medidas correctivas. El Ministerio aceptó esa evaluación de las condiciones existentes y, en consecuencia, está adoptando las disposiciones pertinentes para iniciar las reformas necesarias. De esta manera se espera lograr una planificación sistemática de las actividades y una utilización más racional de las inversiones gubernamentales en el campo de la salud. Este proceso facilitará la evaluación objetiva de las necesidades presentes y futuras en materia de salud y la determinación de las medidas encaminadas a satisfacer esas necesidades y de la mejor organización para ejecutar los programas planeados en forma eficaz. Con ese fin, el Ministerio ha aceptado una nueva estructuración orgánica, que ya se está implantando, en virtud de la cual se establecen tres niveles de autoridad y funciones perfectamente definidos, a saber: a) uno normativo (a nivel de la Ministro); b) otro de formulación de programas (a nivel del Oficial Jefe de los Servicios Médicos), y c) otro de ejecución de programas en el país que, a estos efectos, se divide en tres regiones.

El Dr. Comissioning destaca el hecho de que la nueva organización refleja también la importancia de definir y diferenciar las funciones primordialmente técnicas y las de carácter administrativo. Estas últimas se refieren principalmente a las de atender a las necesidades de la ejecución de los programas. En esta estructuración, se han incorporado los conceptos de centralización de las funciones normativas y de programación, así como de regionalización, descentralizando al mismo tiempo la autoridad ejecutiva de las operaciones. Además, en la mencionada estructuración se establece una completa integración de los servicios, lo que supone la eliminación de todas las barreras entre los diversos servicios de fomento de la salud, a saber, la preven-



ción de las enfermedades, el tratamiento, y la rehabilitación de los pacientes.

El sistema planeado reducirá considerablemente la intervención de los servicios centrales en la adopción de decisiones a nivel operativo y facilitará la supervisión más estrecha de las fases de ejecución del programa. Se espera que la integración de los servicios preventivos y curativos permitirá una cobertura más completa de la atención médica a nivel local, evitando la duplicación de servicios de salud similares dentro de la misma zona geográfica. Un sistema de esta naturaleza reviste especial importancia en la solución de problemas de salud, dentro de la limitación de los recursos humanos y materiales. Comprende el orador que el proceso de la planificación en materia de salud no puede desenvolverse sin una revisión a fondo de los servicios auxiliares afines. Para ello es preciso examinar las necesidades del sistema presupuestario, ajustar los métodos de contabilidad para que se refleje mejor el costo de las actividades, y conseguir una mayor coordinación interdepartamental e interministerial.

Añade el Dr. Comissiong que la Ministro de Salud de su país había enumerado los objetivos específicos que se proyectan alcanzar en los próximos dos años, entre los que figuran la formulación del plan nacional de salud durante 1966; el desarrollo de programas de adiestramiento intensivo organizados dentro del país por personal nacional, con la colaboración de expertos internacionales; el adiestramiento en el extranjero del personal clave para la debida ejecución del plan; la reorganización interna de los hospitales existentes, de conformidad con la estructura orgánica general del Ministerio, y un nuevo examen de las condiciones del servicio de personal de salud de todas las categorías. El orador señala que están percatados de las deficiencias registradas en las actividades anteriores en materia de planificación de salud y de los actuales criterios en un campo tan especializado. También se dan cuenta de la inutilidad de imitar simplemente a otros países y, por estas razones, habían decidido establecer un sistema para desarrollar un plan nacional de salud que responda a las necesidades del país, dentro de los recursos disponibles.

Afirma el Dr. Comissiong que, si bien comprende que su exposición ha sido un poco detallada, la considera importante porque Trinidad y Tabago trata de realizar algunas de las actividades que la Organización Panamericana de la Salud juzga trascendentes en materia de planificación.

Seguidamente se refiere a otros dos aspectos. El primero es el de la nutrición, con respecto al cual se ha llevado a cabo en el país, en los últimos tres años, un programa coordinado de nutrición aunque, tal vez, se ha desarrollado a un ritmo más lento de lo que hubieran deseado. No obstante, el programa sigue en marcha y se está estudiando la posibilidad de establecer un instituto de nutrición en Trinidad. Tiene entendido que la OPS estaría interesada en establecer una institución de esta naturaleza para la región a la que pertenece el país, y Trinidad desearía ser sede de la misma. Añade que así se le ha comunicado a la Organización y espera que en breve se inicien las gestiones a este respecto.

El Dr. Comissiong insiste, como en años anteriores, en la necesidad de erradicar al *Aedes aegypti* de toda el área del Caribe, y a este respecto hace notar que, si bien ya ha sido erradicado este mosquito en su país, desgraciadamente está rodeado de otros que no han obtenido resultados satisfactorios en sus programas de erradicación, lo que coloca a Trinidad y Tabago en una situación muy vulnerable. Así, pues, todos los años hay que comunicar a la Organización que se han producido infiltraciones de mosquitos *A. aegypti* procedentes de los países vecinos. El hecho de que Trinidad y Tabago sean islas no evita estas infiltraciones, que ocurren todos los años, lo que supone un gran riesgo y obliga al Gobierno a mantener una constante vigilancia y a eliminar dichas infiltraciones.

El orador subraya el hecho de que las islas de Trinidad y Tabago son especialmente vulnerables porque en los monos de la selva de Trinidad se encuentra el virus de la fiebre amarilla, y a menos que se elimine al mosquito vector, existe el riesgo de aquella enfermedad. Conoce bien los problemas de la resistencia de los mosquitos a los insecticidas, pero cree que se podría hacer algo más para erradicar el *A. aegypti* del área del Caribe.

El Dr. ALONSO MENÉNDEZ (Cuba) elogia el Informe del Director, índice de las realizaciones y progresos habidos en 1964, y declara que, en su país, los programas encaminados a la protección de la salud también han seguido su curso. En Cuba se abriga la esperanza de lograr, en el próximo semestre de 1965, que no ocurran casos de paludismo, y la correspondiente campaña se encuentra actualmente en su fase de ataque. Refiriéndose a la poliomieltis, afirma que no se han registrado casos desde 1962. En el año actual, han sido vacunados el 98% de los niños menores de seis años contra esta enfermedad.

Añade el Dr. Alonso que las profundas transformaciones económicas y sociales operadas en Cuba han permitido el desarrollo de la infraestructura, con el establecimiento, en todo el territorio nacional, de centros de salud dirigidos por médicos. Coincide con el criterio sustentado por el Dr. Horwitz en materia de educación y adiestramiento, y señala que si bien su país no necesita ni jamás necesitará

financiamiento alguno de capital extranjero para el desarrollo de sus programas de salud, el asesoramiento prestado por la Organización Mundial de la Salud y por su organismo regional, la OSP, se lleva a cabo a plena satisfacción de las autoridades sanitarias de Cuba.

*Se levanta la sesión a las 12:10 p. m.*

### TERCERA SESION PLENARIA

*Martes, 28 de septiembre de 1965, a las 3:10 p.m.*

*Presidente: Dr. Raymundo de Britto (Brasil)*

#### **Tema 7: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (continuación)**

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y anuncia que va a proseguir el debate sobre el Informe Anual del Director de la Oficina.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) subraya la importancia del Informe que es, a su juicio, modelo de documento conciso y objetivo, y expresa su felicitación más calurosa al Director de la Oficina y a la Secretaría por la elaboración del mismo. Hace constar que, como se revela en el documento, las inversiones públicas en actividades de salud son productivas a largo plazo y deben ser incluidas en los planes nacionales de desarrollo a fin de colocar al individuo en condiciones de contribuir eficazmente al progreso de su respectivo país.

Señala su satisfacción por las excelentes relaciones que Venezuela viene manteniendo con la OSP, de la cual ha recibido útiles servicios de asesoría técnica y de ayuda para sus programas de salud, en especial para aquellos que se refieren a adiestramiento de personal, pues son los que aseguran la ejecución de los correspondientes planes.

Considera llegado el momento de que se cree un mecanismo especializado de planificación en materia de salud, pero teniendo en cuenta que la planificación es sólo un instrumento que debe actuar a nivel sectorial y, seguidamente, a nivel nacional, a fin de que

los programas de salud se incorporen a los planes nacionales de desarrollo. Destaca como una de las grandes preocupaciones de los países, la atención que requiere la población rural y describe la experiencia de Venezuela, cuyas autoridades han puesto en práctica un programa denominado de "medicina simplificada", para dar asistencia médica—a base de un personal auxiliar debidamente supervisado, que utiliza las técnicas más sencillas—a las poblaciones de menos de 600 habitantes y a los grupos dispersos.

Se refiere a continuación al estado de la tuberculosis en su país y manifiesta que el problema ha sido puesto en manos de administradores de salud pública, que no son necesariamente especialistas, los cuales están en relación con la red de servicios de la lucha antituberculosa que existe en las ciudades más importantes. La acción desarrollada de este modo ha dado como resultado una reducción de la mortalidad, aunque subsiste el problema de la morbilidad, pero se realiza una constante labor de vigilancia sobre los enfermos para que observen el tratamiento prescrito.

En cuanto a saneamiento ambiental, declara que Venezuela va a lograr cumplir, con uno o dos años de anticipación, las exigencias de la Carta de Punta del Este en materia de abastecimiento de agua potable.

Alude a la campaña contra el *Aedes aegypti* y

reconoce que su país va progresando con lentitud, debido a reinfestaciones que proceden de fuera, pero indica que el Gobierno va atacando el problema con decisión, para dar cumplimiento a los compromisos derivados del correspondiente programa.

El Dr. PRIETO (Paraguay) se suma a las felicitaciones dirigidas al Director de la Oficina y a la Secretaría por el Informe presentado. Manifiesta su interés porque se logre el rápido desarrollo de una red de servicios locales de salud, de carácter permanente, capaz de consolidar y mantener los niveles alcanzados en campañas verticales. Declara que el Paraguay tardará aún en formar esta infraestructura, dada la insuficiencia de sus recursos para proteger a una población rural que constituye el 63% del total de los habitantes, y que, además, se encuentra diseminada. Seguidamente expresa la gratitud de su país por la ayuda recibida del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de la Alianza para el Progreso y por la asistencia que le presta la OPS.

Informa de la aparición reciente de casos de viruela, que suman hasta ahora 35 enfermos, por haber carecido de los servicios necesarios para mantener la inmunización antivariólica después de la campaña de vacunación efectuada en 1957-1958, campaña que permitió proteger al 86% de la población y que abarcó a todo el territorio nacional. Agradece a los Gobiernos de la Argentina y del Brasil la ayuda que proporcionaron al Paraguay en esta emergencia, suministrando vacuna en grandes cantidades, reconocimiento que también patentiza al primero de dichos Gobiernos por sus envíos de vacuna antipoliomielítica y, al del Brasil, por la vacunación anti-marilarica llevada a cabo en un sector de la población fronteriza del norte del Paraguay, amenazado por la fiebre amarilla selvática. Señala, por último, que, realizadas las debidas pesquisas, no se encontró el vector en las poblaciones amenazadas ni en la capital.

El Dr. DELVA (Haití) expresa su complacencia por el Informe Anual presentado por el Director de la Oficina y subraya la unanimidad del Consejo en felicitarle por la labor desarrollada.

Se refiere luego a los problemas de la salud pública rural y señala la coincidencia de que el actual Presidente de Haití, Dr. Duvalier, sea un médico rural. Hace constar que su Gobierno trata primordialmente de mejorar las condiciones de salud del campesino.

Habla luego de la campaña antivariólica y resalta que Haití está procediendo a una vacunación gene-

ral que ya ha alcanzado a casi la mitad de sus habitantes y que continúa realizándose.

Alude al problema de la vigilancia médica de ciertas enfermedades que, en determinado momento, se presentaron en forma endémica, en especial la frambesia, señalando a este respecto que en su país han aumentado últimamente los casos localizados de esta enfermedad. Estima que este aumento se debe a que en ciertos sectores no se ha podido llevar a cabo una labor de vigilancia, esperando contar con la ayuda de la Organización para remediar tal estado de cosas. Indica que en 1950 la prevalencia de la frambesia en Haití era del 70% y que, al finalizar la campaña de erradicación efectuada entonces, se logró reducirla al 0,006 por ciento.

Aborda después el tema de la nutrición y subraya la importancia de desarrollar una labor de educación nutricional en ciertas regiones. Estima de suma utilidad la ayuda que la Oficina va a prestar a Haití en la elaboración de sus programas de nutrición y expresa por ello la gratitud de su Gobierno.

El Sr. BOARD (Estados Unidos de América) felicita al Director por el importante e interesante Informe que ha presentado y expresa especialmente su satisfacción por el hecho de que se hayan incluido en él datos sobre la marcha y resultados logrados en los diversos programas y proyectos. La predicción de que para 1970 la mayoría de los Gobiernos que lo deseen habrán iniciado la ejecución de planes nacionales de salud a largo plazo indica que la Organización ha de establecer, también a largo plazo, un orden de prioridad para las actividades, objetivos y necesidades en programas cooperativos integrados, tanto para su propia orientación como para la de los Gobiernos. Espera que los planificadores nacionales de salud establecerán un orden de prioridad con sentido realista y solicitarán orientación en cuanto a los aspectos en que pueda ser más eficaz la cooperación internacional.

Confía, asimismo, en que el hecho de que no figure en el programa de temas la erradicación del *Aedes aegypti* no signifique que se le conceda menor prioridad, ya que todavía no se ha alcanzado dicho objetivo. A este respecto informa que el programa de su país se encuentra en su segundo año de funcionamiento, y se están llevando a cabo actividades en las Islas Vírgenes, Puerto Rico, Hawái, Florida y Texas, y en el curso del año se extenderán a Alabama, Georgia, Misisipí y Carolina del Sur. Agrega que se están utilizando servicios móviles especiales para conseguir la erradicación en zonas ligeramente

infestadas de Luisiana, Arkansas, Tennessee y Carolina del Norte. Los 10 estados del sur antes mencionados, que representan la región de infestación autóctona en el territorio continental estadounidense, abarcan casi la cuarta parte del país y su población asciende a 40 millones de habitantes, siendo unos 10 millones los edificios sujetos a inspección y tratamiento.

Las investigaciones sobre el terreno efectuadas recientemente indican la posibilidad de que México y El Salvador hayan sido reinfestados por mediación de neumáticos usados, contaminados con huevos viables, importados de los Estados Unidos de América. Advierte que los neumáticos usados constituyen una de las fuentes más comunes de transmisión de la infección producida por el *A. aegypti* y, sin duda alguna, uno de los medios principales de dispersión a través del comercio interestatal e internacional. Por eso se está aplicando tratamiento especial, en ciclos mensuales, a los depósitos y distribuidoras de neumáticos usados, en lugar de los ciclos trimestrales que se emplean para otros locales afectados. Además, en San Antonio y en las ciudades fronterizas de Texas también reciben especial atención las terminales de ferrocarril y de camiones. En las zonas en que la resistencia al DDT constituye un serio problema, se emplea el malatión. En cuanto a los nuevos insecticidas, dice el Sr. Board que el DDVP y el Abate son los que ofrecen mejores perspectivas.

Opina que ha sido reveladora la evaluación que hizo el Dr. Horwitz de los progresos realizados en los últimos cuatro años hacia la meta de la completa erradicación del *A. aegypti* del Hemisferio Occidental en 1966. Lamenta que su país no podrá, probablemente, completar su tarea para aquella fecha y recomienda que la Organización coordine de una manera más positiva las actividades de los países infestados, a fin de lograr la completa erradicación, incluso convocando una reunión especial para este fin, antes de que se reinfesten las zonas del Continente liberadas del mosquito a un costo tan elevado. Señala el interés que tiene todo el Hemisferio por la prevención de la fiebre amarilla urbana y del dengue, y sugiere el establecimiento de un sistema permanente, dentro de la OPS, para revalidar periódicamente los certificados que acreditan la ausencia de *A. aegypti* en los países y territorios declarados libres de dicho mosquito.

Termina sumándose a las manifestaciones de varios Representantes acerca de la importancia que

reviste la ingeniería sanitaria, el saneamiento del medio y el abastecimiento de agua en los programas nacionales de salud. El Sr. Board, en su condición de ingeniero sanitario, considera que el Consejo Directivo podría muy bien dedicar toda la reunión al examen de este aspecto fundamental de las actividades de salud.

El Dr. Quirós (Perú) hace presente el sentimiento del Ministro de Salud Pública de su país por no haber podido concurrir a la Reunión y se adhiere a las felicitaciones formuladas por los Representantes al Director de la Oficina por su Informe Anual y por la labor realizada durante el año, así como al personal que ha colaborado en la gestión. Se muestra de acuerdo con la tesis de que las actividades de protección de la salud son, a la vez que un servicio, una función social, ya que no se concibe el desarrollo económico por sí solo, sino en función de las mejoras sociales que son indispensables para que los pueblos alcancen altos niveles de vida. A su juicio, reviste especial importancia estar en condiciones de afirmar que en las Américas es posible decir cuáles son los principales problemas, como señala el Director en su Informe al transcribir una declaración de la Reunión de Ministros de Salud celebrada en 1963. Subraya que en América Latina persisten las infecciones, la desnutrición, el saneamiento deficiente, el problema de la vivienda, condiciones de trabajo insalubres, la ignorancia, el vestido inapropiado, el bajo ingreso real *per capita*, factores que condicionan una alta morbilidad y una alta mortalidad, sobre todo en los niños menores de cinco años. Considera apremiante trazar un plan que permita asignar los escasos recursos de que se dispone a atender estos problemas en forma ordenada.

Se refiere después a los distintos intentos llevados a cabo en tal sentido y recuerda que el Director de la OSP ha puntualizado que la necesidad de formular planes de salud se hizo más evidente en 1964, al iniciar sus actividades el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP). Sin embargo, el Dr. Quirós indica que en la reunión del CIAP celebrada en Perú en 1964, se examinaron de manera preferente problemas económicos y que las inversiones de orden social no fueron debidamente consideradas. Resalta que en esa reunión solamente tres países, entre ellos Perú, confirieron sus delegaciones a funcionarios pertenecientes al sector salud, en contraposición a lo que sucedió en la reunión de São Paulo en 1963, a la que concurrieron 17 técnicos de salud de otros tantos países. Insiste en que es

menester que la Organización estimule el interés de los Gobiernos para que técnicos en salud estén presentes en reuniones de esta clase y se refiere a la errónea idea sustentada por ciertos economistas que consideran que los programas de salud contribuyen a agravar el problema de lo que se ha dado en llamar la explosión demográfica en los países en vías de desarrollo, cuando el verdadero mal radica en una mala distribución de la riqueza, tanto a nivel de cada uno de los países como del mundo entero. Añade que, por ello, la Organización no debe estar ausente de aquellas deliberaciones en que se aborde este tema. Muestra su satisfacción porque se presente al Consejo la resolución<sup>1</sup> sobre problemas de población que se aprobó en la 18ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada recientemente en Ginebra.

Expresa su coincidencia con el criterio del Director de la Oficina según el cual los Ministerios de Salud deberán presentar por lo menos un presupuesto por programas, de preferencia un plan en el que se especifiquen las prioridades con respecto a los problemas más frecuentes, la meta de cada uno de ellos, los procedimientos a seguir, los fondos indispensables, etc., y añade que, a su entender, la misma tesis es valedera para los programas de la Organización. Hace constar que, congruente con esta posición, en los últimos años ha venido insistiendo en la necesidad de que el presupuesto de la OPS sea presentado y ejecutado en una forma funcional, o por programas, y afirma que esto sólo se ha hecho de modo parcial. Considera que es fundamental insistir en la conveniencia de planificar el desarrollo, en particular el del sector salud, en todos sus niveles, tanto nacionales como internacionales, y sobre todo, intensificar la investigación y el mejoramiento de las estadísticas vitales y de salud que permitan la aplicación de la metodología de la planificación.

Manifiesta la necesidad de mejorar la organización y administración de los servicios, haciendo que estos alcancen una adecuada cobertura en el medio rural para evitar que los llamados programas verticales o de erradicación fracasen en su fase de mantenimiento, y se refiere, a este respecto, al programa de medicina simplificada que se lleva a cabo en Venezuela.

Subsisten en las Américas las enfermedades contagiosas y considera que la Organización no les ha dado la prioridad requerida. Señala la reaparición

de la viruela en unos cuantos países, entre los cuales se encuentra Perú, país en el cual existe "el foco de peste más importante en América Latina"; agrega que tampoco el *Aedes aegypti* se ha erradicado.

Los programas de atención médica constituyen una preocupación general, como declara en su Informe el Director, por lo que deben merecer una mayor atención y más cuantiosos recursos; y subraya la afirmación contenida en el Informe de que "para la magnitud de la atención médica en el Continente, los fondos de la Organización invertidos en 1964 fueron muy insuficientes". A su juicio, los programas deben obedecer a las necesidades de la mayoría de los países.

Estima equivocado que los Gobiernos de muchos países de América Latina tengan incluidos los servicios de seguridad social, especialmente los de hospitalización y maternidad, en los Departamentos del sector oficial de trabajo, no en el de salud, y cree que a ello se debe el que dichos sistemas de seguridad social sean deficientes, discriminatorios, costosos, injustos y de escasa cobertura.

Lamenta seguidamente que no haya cristalizado aún la idea de crear un Fondo Especial de Saneamiento y Bienestar Rural, que permitiría disminuir las tensiones sociales que se producen en zonas aquejadas de depresión económica de los países de las Américas.

Termina afirmando su satisfacción porque la Organización otorgue la prioridad que merecen los programas de adiestramiento y de formación.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) felicita al Director de la Oficina por su Informe y subraya la preocupación que le causa la persistencia del *Aedes aegypti* en los Departamentos franceses, como en el resto del área del Caribe, a pesar de la campaña de erradicación que se lleva a cabo desde hace 12 años. Manifiesta que, después de siete años de erradicado el mosquito, este ha vuelto a la Guayana Francesa, tal vez en los aviones o en pequeñas embarcaciones clandestinas. Considera que se trata del problema de salud más grave que tiene planteado Francia en las Américas.

En cuanto a la tuberculosis, se ha establecido el carácter obligatorio de la declaración de la enfermedad para todo el Departamento.

La lepra subsiste, pero el Gobierno de Francia ha decidido que la lucha contra esta enfermedad corra económicamente a cargo del Estado, no a cargo del presupuesto de las colectividades locales. Agrega que ahora, en el presupuesto del Estado, se con-

<sup>1</sup> Resolución WHA18.49. *Act. of. Org. mund. Salud* 143, 35.

signará una suma del 92 al 94% del costo del programa para combatir la lepra en los Departamentos franceses.

El Dr. NICHOLSON (Reino Unido) felicita al Director por su brillante Informe en el que se destacan los rápidos progresos realizados por la Organización y su participación, cada vez más diversa, en las actividades de salud del Hemisferio, por ejemplo, en la lucha contra la lepra, la viruela, la tuberculosis, las enfermedades venéreas, las zoonosis, el dengue y la malnutrición, así como en materia de planificación de salud, estadísticas vitales, investigación operativa, legislación y adiestramiento de personal auxiliar. Espera que se tomarán en cuenta las advertencias del Director acerca de los métodos y procedimientos administrativos inadecuados, la reducción en los alimentos de consumo humano y la necesidad general de incrementar las actividades de adiestramiento.

Considera que resultan muy alentadores los rápidos progresos efectuados en la erradicación de la malaria y también el desarrollo de alimentos baratos, ricos en proteínas por el INCAP, mencionados en el Informe. Se subraya en él, asimismo, la importancia del papel que desempeña la malnutrición en la mortalidad infantil, y el Dr. Nicholson apoya la recomendación del Director en el sentido de incorporar las actividades nutricionales en la labor habitual de los servicios locales de salud, en lugar de concentrarse únicamente en el tratamiento. Por último, señala la importancia de las actividades de educación en el campo de la nutrición.

El Dr. MORENO VALLE (México) se muestra satisfecho por el Informe del Director de la Oficina, en el cual se ha puesto de relieve una amplia ejecutoria y se señala, a juicio del orador, lo mucho que hay que hacer todavía. Felicita al Dr. Horwitz y al personal de la Secretaría por la labor desarrollada.

*Se suspende la sesión a las 4:20 p.m.  
y se reanuda a las 4:55 p.m.*

El Dr. BONICHE VÁSQUEZ (Nicaragua) se suma a las felicitaciones expresadas al Director de la Oficina por su Informe Anual y por la exposición y resumen que de él hizo en la segunda sesión plenaria.

Considera alentadora la promesa formulada por el Dr. Horwitz de estimular determinadas investigaciones para descubrir nuevas drogas o encontrar nuevas fórmulas de insecticidas que acaben con el problema que plantea la resistencia de los vectores

de la malaria, e igualmente juzga deseable que se elaboren nuevos medicamentos que sean más efectivos, ya que la población tampoco podrá verse totalmente libre de la enfermedad utilizando los existentes.

En cuanto a la tuberculosis, el orador se muestra más optimista y estima que las metas propuestas se van alcanzando de modo gradual, contando los países para ello con la ayuda de la Oficina y del UNICEF.

Se refiere luego a la atención médica en las zonas rurales y afirma que este problema tan importante se va solucionando poco a poco; sin embargo, constituye un motivo de preocupación para las autoridades de salud la carestía de los medicamentos y el suministro de estos. Sugiere que se estudie esta cuestión y se faciliten informes a los servicios de salud de los países sobre los diversos precios de aquellos medicamentos esenciales, con el fin de que se oriente a los médicos para que receten a los enfermos aquellos medicamentos que, a la vez, sean eficaces y más económicos.

El Dr. WEDDERBURN (Jamaica) expresa el agradecimiento de su país por la constante colaboración que la Organización presta a sus programas, especialmente en el campo de la salud mental, y recuerda que, durante la XIV Reunión del Consejo Directivo,<sup>2</sup> encareció que esa actividad fuera objeto de mayor atención. Un consultor a corto plazo enviado a Jamaica en 1964 presentó un informe de gran utilidad, cuyas recomendaciones principales tenían, además, la ventaja de requerir pocos fondos para ser llevadas a la práctica. Este consultor regresará de nuevo para colaborar en la ejecución del nuevo programa. Menciona el orador que Jamaica ha sido el país huésped del Seminario del Caribe sobre Salud Mental (5-11 de septiembre de 1965) organizado por la OPS, que contribuyó a poner de relieve, ante la población de Jamaica, la importancia de la participación de la comunidad.

A continuación, plantea, como lo hizo el Representante de Trinidad y Tabago, la cuestión de la erradicación del *Aedes aegypti*, pero por razones distintas. Jamaica ha erradicado la malaria, pero sufre todavía la plaga del *A. aegypti* y otras especies de mosquito, y por tanto, proyecta efectuar un intenso ataque final, utilizando los métodos clásicos de control, en espera de que se descubra un insecticida eficaz. Sigue diciendo el Dr. Wedderburn que

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 55, 73.

su país ha sido también seleccionado para ensayar sobre el terreno algunos de los nuevos insecticidas. Elogia la recomendación del Representante de los Estados Unidos de América en el sentido de que se realice un esfuerzo cooperativo para erradicar el *A. aegypti*. Señala que al tratar de obtener fondos para la lucha antimalárica, ha sido posible especificar una fecha prevista para la erradicación, pero en el caso del *A. aegypti* no se puede prever el resultado de una manera tan definitiva, especialmente dada la resistencia que presenta el mosquito a los insecticidas. Ante esas circunstancias, los Gobiernos no se sienten inclinados a facilitar fondos adecuados. Considera que todos los países interesados en el control del *A. aegypti* pueden compartir sus experiencias y, con la ayuda de los que han obtenido resultados satisfactorios, elaborar un programa que permita fijar una fecha específica para la erradicación.

Manifiesta el Dr. Wedderburn que en su país también han creado problemas otros mosquitos. Hace dos años, una zona de Jamaica sufrió un brote de encefalomiélitis equina que causó varias defunciones entre la población. Esta enfermedad fue introducida por aves que emigran hacia el sur, y según investigaciones recientes, es probable que el virus se haya establecido en el país. Aves locales que zoológicamente habían sido negativas con respecto al virus, después de ser dejadas sueltas resultaban positivas. Por consiguiente, el orador pide a la Organización que además de la ayuda que ha venido prestando en las campañas contra la malaria y el *A. aegypti*, colabore en la lucha contra ese y otros vectores.

Se suma a las felicitaciones expresadas al Director y a sus colaboradores por el Informe tan valioso que ha presentado. Es posible, agrega, que tenga significado histórico el hecho de que aparezca en su nuevo formato en ocasión de inaugurarse el nuevo edificio de la Sede. Termina diciendo que una simple ojeada al documento permite apreciar lo que se ha realizado y lo que se espera alcanzar.

El Dr. YÉPEZ (Ecuador) presenta sus plácemes al Director de la Oficina por su Informe, que constituye, a su entender, una orientación para los países sobre la labor a desarrollar.

Declara que el 45% del área malárica del Ecuador está en la fase de consolidación de la campaña de erradicación, incluyendo en esta fase zonas rurales extensas; el problema de la persistencia se halla

localizado en dos regiones en las que se realizan los máximos esfuerzos posibles.

Se refiere a la viruela y declara que la campaña de erradicación culminó en mayo de 1964, sin que se hayan registrado nuevos casos desde 1963. La última campaña abarcó al 85% de la población y en la fase de mantenimiento la vacunación alcanza cada año al 20% de los habitantes del país.

En lo que respecta a la peste, la situación es completamente desfavorable, ocupando Ecuador uno de los primeros lugares entre los países afectados por esta enfermedad. Son tres las provincias infestadas: una en el interior; otra en la región fronteriza, con idénticos caracteres epidemiológicos que los observados en la zona norte del Perú y, finalmente, el foco más grave, en la parte central y costera del país. Con el asesoramiento técnico de los organismos internacionales, se confía que se podrá hacer frente a esta delicada situación.

En lo relativo a la fiebre amarilla urbana, la situación es favorable, estando erradicado el *Aedes aegypti*, y no habiendo zonas reinfestadas.

Alude luego a los problemas de saneamiento ambiental y señala que en el mes de febrero se creó en el Ecuador un organismo que tiene a su cargo el abastecimiento de agua potable y la construcción de alcantarillado.

Termina diciendo que los programas verticales necesitan la adecuada estructura horizontal que consolide los resultados que se vayan obteniendo, que haga posible la integración de los planes y anuncia que, en este sentido, el Gobierno del Ecuador se propone reorganizar el Servicio Nacional de Salud.

El Dr. PERAZA (Honduras), después de felicitar al Dr. Horwitz por su Informe, hace constar el agradecimiento de su país hacia los organismos internacionales por la eficaz ayuda prestada en la lucha contra las enfermedades y señala que, precisamente en estos días, se registró en Honduras una epidemia de poliomiélitis en la que se notificaron más de 70 casos. México actuó con rápida generosidad enviando una gran cantidad de vacuna y la OMS hizo otra remesa, pero esta última, procedente de Toronto, Canadá, llegó en malas condiciones porque la empresa encargada de efectuar el transporte no tuvo en cuenta la necesidad de hacerlo en una cámara refrigerada. Se ha formulado la reclamación correspondiente para reposición de la mercancía. Asimismo, la "Iglesia del Mundo" hizo un

donativo de 100.000 dosis. Resalta el peligro que supone esta epidemia para los países limítrofes.

En cuanto a la malaria, señala que su erradicación es ya un hecho en las dos terceras partes del territorio nacional, merced a la ayuda de la AID, pero subsiste un foco en el sur del país, que está siendo combatido.

Anuncia, por último, la ejecución de un programa de desarrollo de la comunidad rural, a partir de noviembre próximo, programa que se llevará a cabo con el estímulo y la ayuda del Gobierno de México, y que tiene por finalidad evitar, mediante la enseñanza, que los campesinos abandonen sus tierras para emigrar a las ciudades en las que, en la mayoría de los casos, no encuentran medios de subsistencia.

El Dr. PICHARDO (República Dominicana) excusa la ausencia del Ministro de Salud y Previsión Social por razón de las presentes circunstancias del país, y felicita al Director de la Oficina por su Informe. Seguidamente, expresa su gratitud a la Organización y a los Gobiernos de los países hermanos que, como Venezuela y Brasil, entre otros, auxiliaron a la población de la República Dominicana en los críticos días pasados, cumpliendo con uno de los mandatos de la salud pública que no reconoce fronteras ni ideologías políticas.

Los servicios de salud de su país han adolecido de deficiencias que la nueva administración se propone corregir, adiestrando al personal y reorganizando a fondo sus organismos, esto es, ocupándose de los aspectos humanos y administrativos de su funcionamiento.

Se muestra muy interesado por los programas encaminados a dar atención a los problemas del campo y considera que la Oficina debería contar con un cuerpo de técnicos en organización de comunidades, manifestando que un sistema cooperativista podría ser la fórmula adecuada para resolver las cuestiones económicas y de salud del sector rural.

El Dr. ESQUIVEL (Panamá) se une a las expresiones de felicitación y reconocimiento que se han manifestado hacia el Director de la Oficina y considera que el Informe presentado, más que un informe anual, es una exposición de orientaciones y de logros hacia los cuales la Oficina ha venido trabajando durante años. Asegura que Panamá ha recibido siempre el apoyo de la Organización y ha tratado, en toda ocasión, de responder a los evidentes esfuerzos que esta realiza en servicio de la salud de los países de las Américas. A su juicio, ningún Repre-

sentante tendrá queja del Director de la OSP a este respecto.

En el Informe se exponen hechos y se esbozan proyectos que, a su entender, han sido concebidos con un sentido de eficiencia, a tono con las posibilidades económicas de los países y con los recursos humanos de que disponen, cuestión esta última que le parece más delicada que las de carácter técnico.

Destaca la importancia que tienen las reuniones de la Organización, por los contactos que propician, porque hacen posible el mutuo conocimiento de los problemas y, sobre todo, por la fuerza moral que proporcionan a los funcionarios de salud para impulsar con más celeridad el desarrollo de los respectivos programas. Invita al Dr. Horwitz a que estimule a los países a que introduzcan modificaciones en su metodología en materia de salud: se refiere concretamente a la necesidad de disponer de servicios estadísticos, lo que implica, para determinados países de las Américas, la implantación de nuevos procedimientos administrativos. Destaca la importancia de las estadísticas para planificar y para establecer las debidas prioridades, tanto en el orden económico como en el orden técnico.

Alude también a la conveniencia de formar equipos permanentes de salud pública, porque estima que sin ellos no puede haber gran eficiencia en la utilización de los recursos disponibles, y afirma que los cambios en el personal de estos servicios constituye un entorpecimiento para el desarrollo de los programas.

Refiriéndose al adiestramiento de personal, manifiesta que no sólo hay que formar personal de alta categoría, sino que es urgente capacitar a los auxiliares y subalternos, y que la Oficina puede estudiar estos problemas para proporcionar a los Gobiernos la debida orientación.

Habla a continuación del papel que debe desempeñar la iniciativa privada en la solución de los problemas de salud pública de los países y considera que al sector privado le corresponde coadyuvar económicamente a la realización de muchos programas. Declara que el Gobierno de Panamá estudia esta cuestión con el propósito de resolver el problema de financiamiento de determinados planes, y destaca que la capacidad de endeudamiento de los países tiene un límite que no se puede sobrepasar sin riesgo de hipotecar el futuro de las generaciones inmediatas.

El Dr. LAYTON (Observador, Canadá), en nombre de la Ministro de Salud y Bienestar Nacional del



Canadá, Srta. Judy LaMarsh, que se vio obligada a regresar el día anterior a Ottawa, expresa su profundo agradecimiento por la cordial acogida de que había sido objeto por parte del Consejo Directivo. A continuación manifiesta que el creciente interés y amistad que Canadá siente por los pueblos latinoamericanos se demuestra claramente en hechos como el de haberse anunciado la semana anterior, en una reunión de las Naciones Unidas, que dicho país pondría a la disposición del Banco Interamericano de Desarrollo una suma considerable para ser utilizada, como la aportación del año pasado, en proyectos de asistencia económica, técnica y educativa de América Latina. Se espera que estos fondos podrán utilizarse también, hasta cierto punto, en proyectos de salud y otros campos afines.

Coincide plenamente con las manifestaciones hechas respecto a la importancia de la planificación de la salud para el desarrollo general de los países. Recuerda que hace más de tres años mencionó la creación de una comisión de estudio de la salud nacional en el Canadá. Ahora, el informe de esa comisión ha fijado una pauta para el desarrollo de las actividades en ese campo. Explica el Dr. Layton, como uno de los puntos más destacados de dicho informe, la enunciación de una Carta de Salud del pueblo canadiense, de la que cita el siguiente

párrafo: "La consecución del nivel de salud más alto posible para toda la población debe constituir el objetivo primordial de nuestra política nacional y un factor coherente que contribuya a la unidad nacional y que entrañe responsabilidades y acciones por parte del individuo y la comunidad". Uno de los medios para alcanzar este objetivo ha de ser "... la plena cooperación del público, las profesiones en el campo de la salud, las instituciones privadas, los partidos políticos y los Gobiernos federales, provinciales y municipales".

Refiriéndose al envío de vacuna antipoliomielítica mencionado por el Representante de Honduras, expresa su pesar por no haberse procedido en la forma debida. Añade que no se había ocupado personalmente del asunto, pero que piensa hacerlo en cuanto regrese al Canadá al día siguiente y rectificar el error cometido a la mayor brevedad posible.

Dejando a un lado este lamentable incidente, quiere mencionar el Informe Anual del Director de la OSP, que representa una alta expresión de calidad y eficacia, como se ha dicho ya varias veces. El Dr. Layton se une a las muchas felicitaciones que ha recibido el Director, que estima son bien merecidas.

*Se levanta la sesión a las 5:45 p.m.*

## CUARTA SESION PLENARIA

*Miércoles, 29 de septiembre de 1965, a las 9:00 a.m.*

*Presidente: DR. RAYMUNDO DE BRITTO (Brasil)*

### **Tema 7: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (conclusión)**

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y anuncia que va a proseguir el debate sobre el Informe Anual del Director.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que todos los funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana se unen a su agradecimiento por las muy bondadosas expresiones formuladas por los Repre-

sentantes en relación con el Informe Anual. Se asocian también a la felicitación a los Gobiernos del Continente por la obra realizada que, una vez más, es expresión de la actividad de los técnicos de salud del Continente, guiados por los Ministros de Salud, quienes, en relación con algunas actividades, estimaron necesaria la colaboración internacional.

Esta colaboración tendría tanto más éxito mientras menos dure, porque entonces el Gobierno correspondiente estará en condiciones de extender

el respectivo campo de acción con sus propios recursos y capacidades. No obstante, como se señala en el Informe, no siempre puede haber correlación directa entre lo que se invierte en salud en el campo internacional y lo que se invierte en el campo nacional. Asimismo, cuando los Gobiernos cuentan con todos los recursos necesarios para desarrollar determinadas actividades, no tienen porqué recurrir a la cooperación internacional de instituciones como la OMS y la OPS, favoreciendo así que esta se destine a los países que realmente la necesitan. En cambio, los organismos internacionales deben colaborar con los Gobiernos en la labor de prever las tendencias de salud en el cuadro general del desarrollo, estudiándolas, a fin de ofrecer soluciones, pero dejando que los propios Gobiernos determinen si las aceptan, las aplican y en qué forma lo hacen.

Declara que le ha sido muy grato no sólo oír las palabras elogiosas de los Representantes de Venezuela, del Perú y de otros países, sino ver confirmada la tesis general—que sirve de guía a la Organización—de que la salud debe ser un componente del desarrollo, influir en este y beneficiarse de él. Ha tenido también oportunidad de comprobar el enorme interés despertado por el problema rural, y comprobar la gran audacia con que el Gobierno de Venezuela está penetrando no sólo en el medio rural concentrado, sino en el disperso, mediante un programa de medicina simplificada, en virtud del cual se asignan a técnicos adiestrados en forma sencilla, pero cuidadosa, responsabilidades que hace algunos años los médicos no se habrían atrevido a aceptar. Afirma que es indudable que las circunstancias obligan a la revisión de viejos principios.

Se muestra complacido por la coincidencia de criterios, puesta de relieve en el debate, en cuanto a la necesidad de armonizar los llamados programas verticales, es decir, los de erradicación, y al mismo tiempo vigorizar los servicios locales y nacionales de salud, mediante esa actividad que cada día aparece como más esencial en nuestro cometido: la formación adecuada de técnicos profesionales y auxiliares.

Estima también muy interesantes las diversas consideraciones expuestas por los Representantes acerca de la planificación y cree que en lo referente a este tema merece destacarse el método adoptado por el Gobierno de Trinidad y Tabago en el sentido de efectuar, en primer término, una cuidadosa revisión de los recursos disponibles y de las prácticas administrativas, estimulando, luego, a los fun-

cionarios en materia de adiestramiento, para intentar, posteriormente, la formulación de un plan. En opinión de distinguidos expertos del Continente, este es el camino más lógico a seguir. Agradece al Gobierno de Trinidad y Tabago su interés por la continuidad de la colaboración de la Oficina y declara que esta observa con atención los resultados que dicho Gobierno vaya logrando al abordar el problema siguiendo el procedimiento mencionado.

En relación con una pregunta del Representante de los Estados Unidos de América sobre las previsiones hechas por la Oficina en el sentido de que el Gobierno que así lo desee pueda contar con un plan nacional de salud en 1970, o con un reajuste de los planes formulados con anterioridad, el Dr. Horwitz manifiesta que entiende que dicho Representante, el Sr. Board, quiere saber: 1) si la Oficina puede establecer de antemano las prioridades y 2) qué medidas ha tomado la Organización para cumplir con ese propósito.

Hace constar al respecto que, como señalara el Representante del Perú al recordar el informe de la Reunión de Ministros de Salud de abril de 1963, en las Américas las grandes prioridades en materia de salud son conocidas por lo menos para una generación y, en última instancia, la planificación trata de determinar un orden de inversiones con relación a objetivos definidos y mensurables, procurando siempre atender en primer lugar a aquello que afecta al mayor número de personas. Por consiguiente, opina que, gracias a la experiencia reunida por los Gobiernos, la Organización está en condiciones de cumplir el orden de prioridades establecido por los Ministros y, respecto a los grandes problemas, esas prioridades podrán modificarse valiéndose de la experiencia que se adquiera con el tiempo. Cree el Dr. Horwitz que será más sencillo para la colaboración internacional ajustar los recursos para cada cometido en la medida que los Gobiernos determinen, siempre que se estime que dicha cooperación es necesaria.

En cuanto al propósito de que cada Gobierno tenga un plan de salud en 1970, opina que si persisten las tendencias actuales del presupuesto de la OPS, la Oficina podrá cumplir a su vez con sus responsabilidades en la forma en que los Gobiernos lo soliciten.

Destaca a continuación el enorme interés que suscita la campaña contra el *Aedes aegypti* y, en general, la lucha contra todas las enfermedades transmitidas por vectores, y recuerda que el Repre-

sentante de Jamaica subrayó la gravedad de la situación planteada en su país por la encefalomiélitis equina y solicitó que se prestara atención a esta dolencia, que tanta gravedad ha alcanzado en los últimos dos o tres años. Afirma que la Organización está interesada en dar fin a esta labor, para cumplir así al compromiso contraído por la Oficina en 1947.

Respecto a la sugerencia del Representante de los Estados Unidos de América en el sentido de celebrar una reunión de Representantes del grupo de países en que el *A. aegypti* persiste, el Dr. Horwitz manifiesta que, con todo agrado se estudiará la forma de llevar a la práctica esta útil idea, dentro de las disponibilidades presupuestarias. Señala que la Organización Mundial de la Salud está tomando las disposiciones necesarias para ampliar un importante programa de investigaciones científicas en relación con dicho vector, investigaciones que, sin duda, beneficiarán a la Oficina Regional en el futuro. En cuanto a la observación de dicho Representante acerca del ensayo de dos nuevos insecticidas además de los que la OMS está sometiendo a prueba, la Oficina confía en que, en un futuro próximo, se posea la experiencia suficiente para aplicarlos donde haya resistencia y poder así terminar esta campaña.

En lo relativo a la tuberculosis, el Director se refiere a las manifestaciones del Representante de El Salvador sobre el grave problema que plantea la acumulación de enfermos crónicos incurables y advierte que, según los informes del Asesor Regional de la Oficina, se calculan en un 10% los casos activos crónicos. Estima que tal situación debiera servir de acicate para acelerar la aplicación de medidas destinadas a evitar la aparición de nuevos casos de tuberculosis, mediante las técnicas conocidas de inmunización con BCG, quimioprofilaxis, cuando proceda, así como diagnóstico temprano y tratamiento precoz. Afirma que la solución del problema en lo concerniente a los enfermos crónicos estriba en que no se les mantenga en costosas camas de sanatorio; si se trata de enfermos cuya capacidad de infección es muy limitada, cabe mantenerlos confortablemente en colonias o en hospitalizaciones diurnas, que no representan un gasto tan significativo para el Estado, con lo cual se podría utilizar la cama del sanatorio para los casos agudos recuperables, que realmente lo necesitan.

Al aludir a las manifestaciones del Ministro de Salud Pública de Panamá, y a las de los Representantes de Guatemala y de Trinidad y Tabago, entre otras, el Dr. Horwitz se muestra igualmente

complacido de la importancia creciente que se concede a los problemas de carácter administrativo. Señala que, en opinión del Ministro de Panamá, dichos problemas han adquirido verdadera prioridad, lo cual demuestra el acierto de la Organización al incorporar este tema, en 1957, a su política y al procurar actualmente ampliarlo en la medida de sus posibilidades. En los respectivos países es hoy evidente la necesidad de contar con mayores recursos para atender a la población actual y a la venidera, pero también es evidente la posibilidad de obtener mayores rendimientos con los medios de que se dispone en la actualidad. Las principales deficiencias estriban en las prácticas administrativas más que en la aplicación de las normas técnicas. Así, pues, la OPS se propone ampliar esta función concediéndole el apoyo que ha merecido en el comentario de los referidos Gobiernos.

En respuesta al Representante de Haití, señala que se han tomado las disposiciones necesarias para evaluar el estado del programa de erradicación de la frambesia en ese país y formular al Gobierno las recomendaciones que procedan de acuerdo con los resultados obtenidos. Informa que el epidemiólogo de Zona, Dr. Michel François Lechat, ha dado los primeros pasos al respecto y próximamente un grupo de especialistas se trasladará a Haití.

El Dr. Horwitz expresa su agradecimiento al UNICEF, a la FAO, a las Fundaciones Kellogg, Rockefeller, y Milbank, y al Gobierno de los Estados Unidos de América por la labor de coordinación que realiza a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional y de otros programas bilaterales. Evidentemente—dice—todas esas colaboraciones fueron fundamentales para la consecución de los objetivos el año pasado y lo serán, sin duda alguna, en el futuro. Por último, reitera la gratitud y las felicitaciones de la Oficina a los técnicos en salud del Continente, tan eficazmente dirigidos por los respectivos Ministros de Salud.

*Decisión:* Se acuerda tomar nota del Informe Anual del Director, correspondiente a 1964 (*Documento Oficial 63*), felicitarle tanto por la excelente labor realizada durante el año como por la presentación del Informe, y hacer extensiva esta felicitación al personal de la Oficina.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Resolución II. *Documento Oficial de la OPS 66, 9.*

### Proyecto de resolución del grupo de trabajo sobre la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) manifiesta que el grupo de trabajo encargado de preparar un proyecto de resolución sobre la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, integrado por los Representantes de los Estados Unidos de América, México y Venezuela, se había reunido el día anterior a las 12 de la mañana bajo la presidencia del Dr. Rafael Moreno Valle, Secretario de Salubridad y Asistencia de México, y había preparado un informe y un proyecto de resolución. Añade que el Dr. Moreno Valle tuvo que regresar a su país debido a una serie de importantes reuniones presupuestarias, y le había encomendado que, en su ausencia, diera lectura al informe preparado por el grupo y concebido en los siguientes términos:

El grupo de trabajo,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el Artículo 6, párrafo B, de la Constitución, que dice así:

“Si un Gobierno deja de cumplir sus obligaciones financieras con respecto a la Organización, para la fecha de inauguración de la Conferencia Sanitaria Panamericana o del Consejo Directivo, por tener atrasos que excedan del importe de las cuotas correspondientes a dos años completos, se suspenderán los privilegios de voto de dicho Gobierno. Sin embargo, la Conferencia o el Consejo Directivo podrán permitir que dicho Miembro vote si considera que la falta de pago se debe a condiciones fuera del control del Gobierno”.

Teniendo en consideración asimismo la Resolución XII<sup>2</sup> aprobada por el Consejo Directivo en su XV Reunión, especialmente el párrafo segundo en el que se recomendaba a los Gobiernos que establecieran un plan financiero para el pago de las cuotas pendientes en un plazo definido;

Habida cuenta de la difícil situación financiera en que se encuentra la Organización debido a los atrasos en el pago de las cuotas, así como el efecto que producen estos atrasos en las proporciones relativas a los servicios prestados a los Gobiernos contribuyentes y la consecuente necesidad de adoptar todas las medidas posibles para eliminar dichos atrasos;

Habiendo estudiado detenidamente las circunstancias en que se han producido los atrasos en las cuotas, por lo que serían aplicables las disposiciones del Artículo 6 antes mencionado, y teniendo en cuenta los propósitos de los Gobiernos interesados, a saber:

que el Gobierno de la Argentina ha adoptado un

plan de pago que liquidará las cuotas atrasadas, ha efectuado un pago parcial y está tramitando otros para el cumplimiento de dicho plan;

que el Gobierno de Bolivia ha adoptado un plan para el pago de las cuotas pendientes dentro de un plazo definido y lo ha cumplido en gran parte durante 1965;

que el Gobierno de Haití está en vías de establecer un plan para pago de las cuotas atrasadas en un plazo definido y ha hecho efectiva una parte considerable de dichas cuotas en 1965;

que el Gobierno del Paraguay ha aprobado un plan para el pago de las cuotas pendientes en un período definido, que se ha cumplido en gran parte en 1963, 1964, y 1965; y

Considerando que estas medidas representan una mejora considerable en la situación de las cuotas durante el primer año de vigencia de la enmienda introducida en el Artículo 6 de la Constitución,

#### RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo que permita a dichos países ejercer los privilegios de voto en su XVI Reunión.

En vista de lo expuesto, el grupo de trabajo somete a la consideración del Consejo Directivo el siguiente proyecto de resolución:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del grupo de trabajo sobre la aplicación del Artículo 6 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, en el que se indica que en los países afectados por dicho Artículo que asisten a la XVI Reunión del Consejo Directivo, se han efectuado considerables progresos en el establecimiento y cumplimiento de planes para el pago de las cuotas pendientes en un plazo definitivo, de conformidad con la política establecida en la Resolución XII de la XV Reunión del Consejo,

#### RESUELVE:

Tomar nota de los progresos realizados por dichos Gobiernos y permitirles que ejerzan los privilegios de voto en la XVI Reunión del Consejo Directivo.

*Decisión:* Se acepta el proyecto de resolución.<sup>8</sup>

### Tema 8: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1964

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP), al hacer la presentación del Documento CD16/2<sup>4</sup> y del Documento Oficial 59, que contiene el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 58, 16-17.

<sup>3</sup> Resolución III. Documento Oficial de la OPS 66, 9-10.

<sup>4</sup> Documento mimeografiado.

Externo correspondientes a 1964, explica que dicho Documento Oficial fue sometido a la consideración del Comité Ejecutivo, en su 52ª Reunión, el cual, después de un minucioso examen, aprobó la Resolución I.<sup>5</sup>

En el Informe Financiero se presentan los estados de cuentas de los fondos de la Organización, de conformidad con el Reglamento Financiero y las Reglas Financieras de la misma. Además, en él se da cuenta de la gestión administrativa en la prudente utilización de recursos y control de fondos.

Si bien el propósito principal de dicho Informe consiste en dar cuenta de la administración de los fondos de la OPS, respecto de los cuales se ofrece información detallada en los correspondientes estados de cuentas y cuadros, en él también se reflejan los gastos efectuados con cargo a los fondos de la OPS y de la OMS procedentes de todas las fuentes. Por consiguiente, el documento sirve también para analizar la ejecución del programa.

En la introducción del Informe se expone la situación financiera de la Organización, relacionándola con la política principal que se ha seguido durante varios años. Tres cuadros analíticos facilitan el examen de lo expuesto. La Organización Panamericana de la Salud se encuentra en una sólida situación financiera. Así lo demuestra el hecho de que el nivel porcentual del Fondo de Trabajo es el más elevado desde principios de 1958. Los gastos se han mantenido dentro del nivel de los ingresos, a la vez que se ha registrado, de un año a otro, un aumento modesto, pero constante, de las actividades.

Otro elemento de estabilidad financiera han sido las reservas establecidas para atender a los costos por terminación de contrato, de especial importancia en relación con los programas financiados con aportaciones voluntarias.

El mejoramiento de la situación financiera se debe principalmente al hecho de que, durante varios años, se han aplicado sistemáticamente tres normas. La primera fue la adoptada en 1959 con el objeto de mantener los gastos dentro del nivel de los ingresos. Como puede observarse en el cuadro B del Informe, esto se ha conseguido sin quebranto del Fondo de Trabajo, ya que los gastos durante el período de 1958 a 1964 fueron inferiores en \$348.339 a los ingresos. En un período de siete años la Organización ha recibido en calidad de ingresos aproximada-

mente el 94% de las asignaciones autorizadas e invertido en gastos el 93% de las mismas.

La segunda norma importante que ha contribuido a la estabilidad financiera, al mismo tiempo que ha permitido un crecimiento continuo, fue el establecimiento de un método eficaz para incrementar constantemente el Fondo de Trabajo. Esto se consiguió cuando la XI Reunión del Consejo Directivo,<sup>6</sup> en 1959, encomendó al Director que en el presupuesto ordinario de la OPS para 1961 y años sucesivos incluyera una asignación destinada al incremento gradual del Fondo hasta que este alcanzara el nivel autorizado del 60% del presupuesto, y para mantenerlo después a dicho nivel. A partir de 1961, se ha asignado cada año una cantidad de \$300.000, y si bien ocurrieron algunos contratiempos, actualmente se puede comprobar que la política adoptada por el Consejo ha sido sensata y eficaz.

En 1962, se adoptó una tercera norma con el propósito de proteger a la Organización contra los riesgos derivados de situaciones inciertas con respecto a la continuación de las subvenciones y aportaciones voluntarias. Se han establecido casi por completo las reservas para sufragar los costos por terminación de contrato del personal en la mayoría de los fondos voluntarios, salvo en lo que respecta al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), cuyas reservas se iniciarán en 1965. En 1964, se empezó a incrementar la reserva correspondiente al presupuesto ordinario de la OPS, para que en las primas de repatriación se incluyeran todos los costos por terminación de contrato del personal. Así, pues, una vez establecida la mayor parte de las reservas necesarias, la Organización se encuentra en condiciones de atender las futuras obligaciones financieras que puedan derivarse de la terminación de programas, sin que afecten al presupuesto ordinario de la OPS o al Fondo de Trabajo.

Para facilitar el análisis financiero, se ha presentado un nuevo cuadro (cuadro A) en el que se establece una comparación entre las cantidades presupuestadas, las sumas disponibles durante el ejercicio económico y las obligaciones contraídas. Por lo que se refiere a todos los fondos de la OPS, la cantidad disponible representó el 97% de las asignaciones presupuestarias que figuran en el *Documento Oficial 52*. En cuanto a todos los fondos de la OMS, la cantidad disponible representó el 108,8%

<sup>5</sup> Documento Oficial de la OPS 62, 4-5.

<sup>6</sup> Resolución VII. Documento Oficial de la OPS 32, 18.

de la suma indicada. El aumento que se señala se ha debido a la asignación de fondos suplementarios a la Región de las Américas para la erradicación de la malaria.

En relación con el presupuesto ordinario de la OPS, el Dr. Portner explica que la cantidad que figura como disponible durante el ejercicio económico representó los ingresos correspondientes a 1964, menos la suma de \$1.000.000 que se recibió a primeros de enero como pago diferido de la cuota de 1963 del mayor contribuyente. Esta cantidad no se incluyó en el plan de gastos para 1964 por considerar que, a los efectos de la administración financiera, correspondía al ejercicio de 1963. El resto de los ingresos ordinarios de la OPS representó el 95,3% del presupuesto. De la cantidad disponible, casi el 100% se utilizó en obligaciones correspondientes a 1964. En cuanto a los otros fondos de la OPS, la disponibilidad en relación con el presupuesto y la utilización con respecto a la disponibilidad fueron variables. Por ejemplo, la cantidad disponible para el programa de abastecimiento público de agua fue muy inferior a la que se esperaba, representando sólo el 58,9% de la que figuraba en el presupuesto. Los fondos procedentes de subvenciones y otras aportaciones que se recibieron a fines del ejercicio hicieron que el total disponible de esas fuentes ascendiera a un poco más de la cantidad prevista en el presupuesto. Dichos fondos podrán ser utilizados en 1965.

Seguidamente, el Dr. Portner explica que en el cuadro B se presenta un nuevo análisis de los fondos del presupuesto ordinario de la OPS, en el cual se indican las asignaciones, los ingresos y las obligaciones durante el período de 1958-1964. Los ingresos en 1964 representaron el 95,3% de las asignaciones, en comparación con un promedio del 93,9% en un período de siete años. Las obligaciones representaron el 95,2% de las asignaciones autorizadas, en comparación con un promedio del 92,8% durante siete años. Las obligaciones con cargo al presupuesto ordinario de la OPS comprenden la cantidad de \$300.000 destinada a incrementar el Fondo de Trabajo, así como la suma de \$250.000, asignada al Fondo Especial para el Fomento de la Salud, de conformidad con el acuerdo suscrito con la Fundación W. K. Kellogg. Según una recomendación relativa al procedimiento, formulada por el Auditor Interno, este Fondo aparece ahora en el Estado IV en una columna por separado.

Debido al hecho de que a fines del año se re-

cibieron más cuotas y otros ingresos de los que se esperaban, no fue preciso efectuar gastos con cargo al Fondo Especial para el Fomento de la Salud y, por consiguiente, se podrá disponer de dicha suma para invertirla en programas de fomento de la salud en 1965 y en años sucesivos.

Refiriéndose a las cuotas, informa que el estado de la recaudación sigue siendo poco satisfactorio. La favorable situación financiera de la Organización se ha conseguido manteniendo las obligaciones a un nivel inferior en un 7%, como promedio, a las asignaciones correspondientes al período de siete años comprendido entre 1958 y 1964.

Aparte de las cuotas, los ingresos procedentes de otras fuentes ascendieron a unos \$80.000 más que en 1963 y esto se debió en gran parte a un aumento de los ingresos percibidos por concepto de intereses.

Seguidamente analiza las notas explicativas, los estados y los cuadros del Informe Financiero relativos al presupuesto ordinario de la OPS, el INCAP y el Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos. Se refiere, además, al Anexo Informativo en el cual se presenta un resumen y la distribución de los gastos de la OPS y la OMS por fuentes de fondos, grupos de egresos, así como por títulos del presupuesto y proyectos. Dicho Anexo permite el estudio de la utilización de fondos en relación con el presupuesto.

A continuación, el Dr. Portner presenta el Informe del Auditor Externo y señala los párrafos más importantes del mismo, entre los que figura el relativo a un superávit de \$1.001.828 debido al pago, a primeros de enero, de \$1.000.000, parte diferida de una cuota correspondiente a 1963. Señala que el Auditor Externo hace notar que el Director manifestó en su Informe Financiero de 1963 que, a los efectos de la administración financiera, dicha cantidad se consideraba aplicable a 1963. El Auditor encomia la integridad financiera del Director al no incluir la citada suma en el plan de gastos para 1964, asegurando de este modo un incremento del Fondo de Trabajo.

El Dr. QUIRÓS (Perú) manifiesta que desea formular algunas observaciones sobre el documento presentado y expresa su satisfacción porque inmediatamente después del Informe del Director se presente el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo, pues, indiscutiblemente, una materia se relaciona con la otra. Añade que es realmente grato manifestar, en relación con este último documento, que se llevan en forma adecuada

los fondos de la Organización. Sin embargo, lamenta que sea todavía poco satisfactorio el estado de la recaudación de las cuotas, lo cual es causa de que el programa no pueda cumplirse en su totalidad, como sería de desear. A este respecto, el Dr. Quirós se refiere al pasaje del Informe del Auditor Externo en el cual se indica que el porcentaje de las cuotas que corresponde a los países (exceptuado el mayor contribuyente), es de dos millones de dólares aproximadamente, de los cuales se recaudaron \$800.000. Esto demuestra que no es satisfactorio el pago de las cuotas por parte de los Países Miembros de la Organización. En cambio, sí es muy satisfactorio que se haya aprobado una resolución al respecto, que va a permitir el mejoramiento de la situación.

Con respecto a los superávits que se han señalado y a la mejora del Fondo de Trabajo, el Dr. Quirós estima, como lo establece muy bien el Director y el Auditor Externo, que ello se debió a la circunstancia fortuita de que el mayor contribuyente se retrasó en el pago de sus cuotas en una suma equivalente a un millón de dólares, cantidad que fue contabilizada en el año 1964, por haberse efectuado el pago en enero de ese año, lo que permitió registrar un superávit de \$400.000, aproximadamente, de los cuales \$300.000 se transfirieron al Fondo de Trabajo, y \$300.000 más en 1964, lo que ha permitido que el Fondo de Trabajo haya llegado a su satisfactorio estado actual. No obstante—a juicio del Dr. Quirós—esta situación resulta un poco artificial y, evidentemente, se ha llegado a ella a costa de parte del programa que no se pudo realizar.

En cuanto a la ejecución del presupuesto, aspecto al que se ha referido en anteriores oportunidades, el Dr. Quirós señala que el mismo se presenta en forma funcional y que, en cambio, su ejecución se efectúa en forma tradicional, es decir, por títulos, quedando autorizado el Director para hacer las transferencias necesarias de un título a otro. A este respecto, alude al cuadro que figura en las páginas 14 y 15 del *Documento Oficial 59*, en el cual se indica una transferencia al Título II (Sede) de \$74.974 a costa de los programas de campo, y se pregunta con qué objeto ha sido efectuada esta transferencia de una partida a otra.

Refiriéndose al tema 15 del programa, es decir, a la racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana, subraya que el Auditor Externo vuelve a indicar en su informe que esta recentralización de los servicios administrativos ha tenido por consecuencia, como ocurrió en el año

anterior, el aumento del número de horas extraordinarias trabajadas por el personal de la Sede, así como la constante contratación de personal temporero. Concluye expresando su deseo de que, cuando se trate este tema, se pueda discutir más detenidamente pues le interesa formular algunas preguntas.

El Sr. BYRNES (Estados Unidos de América) expresa la satisfacción del Gobierno de su país por el Informe Financiero del Director. Ha sido apropiado—dice—que un documento como este haya seguido al excelente informe sobre las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana que fue presentado y examinado detenidamente en la sesión anterior. Si bien, como ha señalado el Dr. Portner, la Organización se enfrenta todavía con el problema de la situación financiera, esta parece ir mejorando. Elogia al Director por haber sabido mantener los gastos dentro del nivel de los ingresos recibidos, aunque no se hayan podido llevar a cabo todas las actividades del programa.

Refiriéndose al presupuesto (*Documento Oficial 61*) señala que en la página 11 se presenta una relación de los gastos estimados por fondos y grupos de egresos, y considera que sería conveniente incluir la clasificación de los gastos que figura en la página 50 del Informe Financiero (*Documento Oficial 59*). A su juicio, esta información adicional sería de utilidad para el Consejo a los efectos de comparación y análisis al examinar el presupuesto.

Seguidamente el Sr. Byrnes presenta el siguiente proyecto de resolución:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes al ejercicio económico de 1964 (*Documento Oficial 59*),

RESUELVE:

1. Aprobar el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1964 (*Documento Oficial 59*).
2. Encarecer a los Gobiernos que tengan cuotas pendientes, que las hagan efectivas a la mayor brevedad posible.
3. Recomendar al Director que mantenga la política de administración prudente que ha seguido a fin de que los gastos presupuestarios se ajusten al nivel de los ingresos.

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP), contestando a las preguntas formuladas por el Representante del Perú, manifiesta que, en relación con la recentralización de los servicios administrativos y la referencia hecha por el Dr. Quirós a las

observaciones que figuran en la página 77 del Informe del Auditor Externo (*Documento Oficial 59*), convendría leer todo el contexto, y, a continuación, cita el párrafo completo. Como indica el Auditor Externo, fue preciso trabajar horas extraordinarias en los servicios administrativos, así como contratar personal temporero. Esto se debió a varias razones. Como bien sabe el Consejo Directivo, la Organización procedió a una organización administrativa cuya finalidad principal consistió en integrar sus actividades administrativas con la reducción de más del 40% del personal de este campo. Durante el proceso de esta reorganización que, como indica el Auditor Externo, quedó completada en 1964, algunas personas tuvieron que trabajar horas extraordinarias. El personal de contratación local recibió compensación por estas horas extraordinarias, y el personal profesional, por fidelidad a la Organización y consciente de la importancia de estas actividades para los pueblos y los Gobiernos de este Hemisferio, dedicó desinteresadamente las horas extraordinarias de trabajo. Ahora bien, esta situación no continuará en forma indefinida, pues se debió principalmente al cambio que experimentaba la Organización con el propósito exclusivo de poder dedicar más fondos a las actividades de los Ministerios de Salud de los países, y de esta manera ayudar a la población del Hemisferio a conseguir un mejor estado de salud. Otro de los factores que obligó a la contratación de personal temporero fue la elevada proporción de ausencias por enfermedad en el servicio en cuestión.

Refiriéndose a las observaciones del Representante del Perú sobre las transferencias de créditos (Estado I del *Documento Oficial 59*), manifiesta el Dr. Portner que hay una base legal para efectuar estas transferencias, y señala que comprenden \$30.967—menos del 1%—de la asignación original para los programas de campo y otros (Título III), a la Sede (Título II).

Termina diciendo que la Organización espera y proyecta continuar reduciendo las asignaciones del Título II a un mínimo, a fin de que se pueda dedicar la mayor parte posible de fondos a las actividades de los programas. A su juicio, la Organización, al mantener la transferencia de créditos de los programas de campo a otros títulos del presupuesto en una proporción inferior al 1%, va avanzando hacia la consecución de aquel objetivo.

El PRESIDENTE anuncia que, no habiendo otros comentarios, somete a la consideración del Consejo

el proyecto de resolución presentado por el Representante de los Estados Unidos de América.

*Decisión:* Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado sobre el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1964 (*Documento Oficial 59*).<sup>7</sup>

### **Segundo Informe de la Comisión de Credenciales**

El Dr. SALDAÑA (El Salvador) da lectura al segundo informe de la Comisión de Credenciales, en el que se señala que dicha Comisión, integrada por el Dr. Carlos Quirós Salinas (Perú), Presidente, el Dr. José Antonio Saldaña (El Salvador), Relator, y el Dr. Leonard M. Comissiong (Trinidad y Tabago), ha celebrado dos reuniones y examinó las credenciales del Representante del Uruguay, las que encuentra en orden.

*Decisión:* Se aprueba sin modificación alguna el segundo informe de la Comisión de Credenciales.

### **Tema 9-A: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966**

El Dr. HORWITZ (Director, OSP), al presentar el Proyecto de Programa, y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966 (*Documento Oficial 61* y Documento CD16/8<sup>8</sup>), hace constar que el tema 9 del programa se divide en tres partes: A, B y C. La primera corresponde al Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966; la segunda al Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud, Región de las Américas, para 1967, y la tercera al Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1967. Recuerda que en la 18ª Asamblea Mundial de la Salud se aprobaron<sup>9</sup> las asignaciones correspondientes al Programa y Presupuesto de la OMS para la Región de las Américas en 1966. Para facilitar el examen por el Consejo de los tres aspectos mencionados, que se consignan en el Proyecto de Programa y Presupuesto (*Documento Oficial 61*), el Dr. Horwitz advierte que hará algunos comentarios generales sobre el programa, y anuncia que el Dr. Portner se referirá a los aspectos presupuestarios

<sup>7</sup> Resolución IV. *Documento Oficial de la OPS 66*, 10.

<sup>8</sup> Documento mimeografiado.

<sup>9</sup> Resolución WHA18.35. *Act. of Org. mund. Salud 143*, 21-22.



generales. Confía en que ambas exposiciones sean lo más breve posible, ya que en la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo, que tuvo lugar del 19 al 23 de abril del año en curso, bajo la hábil presidencia del Dr. Charles L. Williams, Jr., dicha materia fue claramente analizada y debatida y se han publicado las actas resumidas<sup>10</sup> correspondientes y las resoluciones<sup>11</sup> respectivas, que obran en poder de los Representantes. Asimismo el Consejo se ha beneficiado del informe del Dr. Williams, presentado en la primera sesión plenaria.<sup>12</sup>

Agrega que, desde hace tres o cuatro años, la Organización se viene esforzando por aplicar la técnica administrativa del presupuesto por programa, hecho que puede considerarse inusitado en un organismo internacional que no ejecuta servicios directos, sino por excepción, por lo que no es simple determinar objetivos medibles que puedan traducirse en una partida presupuestaria. Sin embargo, después de consultar a un grupo distinguido de expertos en 1959 y 1960, se resolvió iniciar tal procedimiento. Tal determinación, que fue aprobada por el Consejo en todos sus detalles, ha sido lógica, habiéndose logrado avances en la práctica, a pesar de que la experiencia muestra que la eficacia de este método depende de la dinámica que siga el programa de la organización respectiva y de la posibilidad de determinar, con la mayor aproximación posible, el tiempo destinado por cada funcionario a cumplir un determinado cometido que corresponde a un objetivo del programa.

En el campo de la salud internacional, en donde el personal, que es el factor esencial, actúa como asesor, no es tarea simple medir exactamente el empleo de su tiempo en términos de funciones, y por eso, el progreso de un presupuesto por programa consiste en ir afinando la distribución del tiempo de aquellos que participan en el programa en general.

Habida cuenta de estas consideraciones, el Dr. Horwitz anuncia que procederá entonces al análisis del cuadro 6, que figura en las páginas 12-13 del *Documento Oficial 61*. En dicho cuadro se comparan, como en años anteriores, las asignaciones presupuestarias de un trienio, 1965, 1966 y 1967. Se presenta la distribución por categorías de actividades y, por lo tanto, de programas aprobados por el Consejo, a saber: protección de la salud, y subtítulos—enfermedades transmisibles y saneamiento

del medio; fomento de la salud, con servicios generales y programas específicos; educación y adiestramiento; servicios a los programas; dirección administrativa; Cuerpos Directivos y aumento del activo que corresponde, en general, al Fondo de Trabajo. Se indica asimismo lo que se invierte para cada actividad en planificación y ejecución, en formación de personal profesional, en investigaciones, y se da cuenta de los costos indirectos de los programas, que corresponden a las últimas cuatro categorías. Advierte que, como explicará en detalle el Dr. Portner, para cada una de estas categorías en el documento se describe la política seguida y se establece una diferenciación de proyectos por países.

Se ha discutido si esta distribución de proyectos por países vulnera la técnica del presupuesto funcional y del presupuesto por programa. Nosotros—dice—pensamos que no, porque en repetidas oportunidades los Gobiernos han mostrado su interés por conocer lo que se invierte en el seno de sus propias administraciones y esto, naturalmente, es un mandato. Afirma que no la vulnera, porque evidentemente se puede inferir del documento lo que se invierte por función en general y, además, se trata de un proceso continuo, como ya se ha indicado, dinámico y susceptible de perfeccionamiento; de modo que llegará a un momento en que se afinará la presentación para hacerla incluso más clara, si fuera necesario. En nuestra experiencia—continúa diciendo—es preciso tener un poco de cuidado en la formulación de presupuestos por programa, a fin de no exagerar el registro y el análisis de elementos, de modo que no resulte muy costoso en relación con los beneficios. El afán de determinar, con excesivo detalle, cuál es el destino último de los fondos, puede ser científicamente muy interesante, pero resultar muy innecesario desde el punto de vista administrativo. Por eso, no conviene variar, sin previo y cuidadoso estudio, los planteamientos que en un momento se hacen, al elegir una categoría y una distribución por categoría, por programas y por proyectos, de las actividades de una institución.

El Dr. Horwitz recuerda que en el Comité Ejecutivo se analizó en detalle este cuadro. Sólo desea manifestar que se ha estimado que esta proposición es equilibrada, lo que se justifica por la distribución porcentual de las actividades. Refiriéndose nuevamente al cuadro 6 (página 12), explica que en 1966—que es el año que preocupa en este

<sup>10</sup> *Documento Oficial de la OPS 64, 9-46, 51-54.*

<sup>11</sup> *Documento Oficial de la OPS 62, 5-6.*

<sup>12</sup> Véase pág. 26.

momento—se destina un 35,6% a las actividades de protección de la salud, de las cuales poco más de un 25% se relacionan con enfermedades transmisibles y casi un 10% con saneamiento. Entre las enfermedades transmisibles, el 16% del total de los fondos se dedica a malaria. Se destina un 35% para fomento de la salud, de los cuales la mitad más o menos corresponde a servicios generales y la otra mitad, con ligeras diferencias, a programas específicos, entre ellos higiene maternoinfantil, nutrición, higiene mental, atención médica y otros. Se destina poco más de 10% a educación y adiestramiento, y el cuadro indica la distribución en sus distintas categorías. Se trata esencialmente de asesoría a instituciones de enseñanza, es decir, de servicios directos. Un 4,6% es destinado a servicios a los programas, una serie de actividades que afecta a todo el sistema, es decir, la administración de becas, biblioteca, publicaciones científicas, etc.; un 5,4% se destina a los que pueden llamarse servicios administrativos propiamente dichos: personal, finanzas, presupuestos, suministros, etc. El resto corresponde a los Cuerpos Directivos y al aumento del activo, que está establecido en su cantidad en el Reglamento Financiero.

El Dr. Horwitz advierte al Consejo que aun cuando hay motivos para estar muy satisfecho por haber logrado que un 32% del presupuesto total de la OPS sea utilizado como fondo de trabajo, el Reglamento Financiero inscribe un 60 por ciento. Sin embargo, con el afán de invertir cada vez más en los programas y, naturalmente, con prudencia, para no afectar la estabilidad de la Organización, se ha mantenido esta proporción en las cifras más bajas posibles. Se piensa que esta distribución de fondos es adecuada y equilibrada; permite mantener la continuidad de las acciones de acuerdo con la política establecida; concede especial importancia en erradicación, a la malaria, pero a este respecto—como se ha indicado—ha llegado el momento en que va a ser indispensable armonizar esas actividades con las de cobertura del medio rural y, como muy acertadamente dijo el Representante del Brasil, Dr. Ferreira, en muchos países el programa de erradicación podrá transformarse en el servicio básico de salud que ha de mantener las conquistas logradas por el primero. Con ello, el Dr. Horwitz quiere significar que en el nivel nacional no se prevé una disminución de los fondos, si es que esta continuidad se asegura en este lapso en cuanto a malaria, y que en el nivel internacional se justificará que se siga

invirtiendo en servicios generales que van a fomentar también las actividades de erradicación de la malaria. Para llevar a la práctica las recomendaciones de los dos Seminarios sobre la Misión de los Servicios Generales de Salud en la Erradicación de la Malaria, mencionados en la segunda sesión, seguramente habrá que invertir en el curso de los años, empezando con el próximo, parte de los fondos en servicios generales de salud, a fin de colaborar con los Gobiernos en la aplicación de dichas recomendaciones, que, en última instancia, contribuirán a mejorar la atención rural en este campo y, naturalmente, en otros.

La suma destinada a viruela parece relativamente pequeña, sobre todo ahora que la 18ª Asamblea Mundial de la Salud<sup>13</sup> ha dado tan particular importancia a este campo. Pero hay que tener presente que en las Américas la OPS trabaja en la erradicación de dicha enfermedad desde 1950; que la inversión ha sido superior a un millón de dólares; que hay una producción abundante de vacuna de buena calidad, y que todos los países tienen experiencia respecto a este programa, es decir, saben llevarlo a cabo, por lo cual la colaboración internacional de asesoría técnica debe ser hoy día mucho menor y a eso se refiere esta inversión. Naturalmente, si hubiera más fondos—lo que sería magnífico—la colaboración internacional podría también reflejarse en el suministro de equipo, fuera de los aparatos de liofilización que la Organización en estos 15 años ha tenido el gran placer de facilitar a los laboratorios que en la actualidad producen vacuna en el Continente. En la medida en que haya posibilidades, no existirá problema alguno en asignar fondos para transporte y otros elementos que aceleren la eliminación de la enfermedad.

Afirma el Dr. Horwitz que la distribución de los fondos en el rubro de enfermedades transmisibles permite continuar con las labores que se han seguido hasta hoy y asesorar a los Gobiernos en la expansión de sus actividades de control o de erradicación. Respecto a las zoonosis, este capítulo podrá aumentarse sustancialmente si la proposición relativa al Centro Panamericano de Zoonosis presentada por el Gobierno de la Argentina al Fondo Especial de las Naciones Unidas es aprobada en enero próximo, en cuyo caso los fondos que se obtengan de dicho Fondo Especial, a través de la Organización Mun-

<sup>13</sup> Véase Resolución WHA18.33. *Act. of. Org. mund. Salud* 143, 24.

dial de la Salud, habrá que registrarlos en este rubro.

Las mismas reflexiones se aplican a los demás capítulos. En cuanto a saneamiento, si bien la proporción total no cambia, hay un aumento de más de \$100.000 para el año 1966, comparado con el de 1965. Lamenta señalar que el Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos, que favoreció a la Organización con una partida de \$60.000 para cursos breves sobre temas seleccionados para ingenieros, iniciados hace un año y medio con mucho éxito en las universidades del Continente, no va a poder favorecerla el año próximo con esa partida, por lo que ha sido introducido en buena medida en el presupuesto ordinario. A su juicio, no cabe discutir la importancia que se concede a la formación de ingenieros.

En cuanto a fomento de la salud, y en especial al capítulo relativo a los métodos administrativos, el Director manifiesta que si se tienen en cuenta las muy interesantes observaciones formuladas en las segunda y tercera sesiones plenarias por el Ministro de Salud Pública de Panamá, por los Representantes de Guatemala, de la República Dominicana y otros, la partida correspondiente es muy pequeña. Se trata de servicios de asesores facilitados a los Gobiernos para mejorar sus prácticas administrativas. Sin embargo, como mostrará más adelante, es necesario hacer algunos esfuerzos más en este sentido, y en el Informe Anual figuran algunas proposiciones. Se cree que América Latina debiera tener centros para la formación de técnicos en prácticas administrativas de los Ministerios de Salud; la Organización ha iniciado gestiones en ese sentido con fondos extrapresupuestarios, y espera que estas gestiones se vean coronadas de éxito.

En el campo de la nutrición, en que se indica un aumento de alrededor de \$200.000, el Dr. Horwitz se interesa en destacar la proposición ya formulada de estabilizar la situación financiera del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá que—como se señaló en la segunda sesión plenaria—se ha transformado en un organismo de asesoría y, por lo tanto, de servicios, de investigación fundamental y aplicada y de adiestramiento que está sirviendo a todo el mundo. Nosotros pensamos—agrega—que se ha desarrollado una labor brillantísima, que los Gobiernos de Centro América y Panamá son dignos de todo elogio por su decisión de hace 15 años, de iniciar esta obra y por su sacrificio para mantenerla, y lo mismo cabe manifestar con respecto a todos

los Gobiernos de las Américas por los fondos del presupuesto ordinario de la Organización Panamericana de la Salud que se han destinado a la manutención de este Instituto, que cuenta con técnicos de prestigio internacional cuyos servicios no deben perderse. Algunos de ellos han tenido largos años de formación. Por todas estas razones, se ha solicitado este aumento de \$200.000 para el Instituto. El Director del INCAP, Dr. Moisés Béhar, se encuentra presente en el salón y si el Consejo tiene interés en oír algunas explicaciones en detalle, con todo agrado accederá a explicar lo que se le pregunte.

El campo de la atención médica también pudiera modificarse en el futuro. Todo dependerá de la decisión que el Consejo adopte respecto a los informes del Comité Asesor y del Grupo de Estudio a que se refirió en la segunda sesión y que figuran en el programa de temas. Uno se relaciona con el análisis de las prestaciones médicas de las distintas instituciones de seguridad social y las de los Ministerios de Salud, y el segundo, con la planificación de hospitales en su sentido más amplio. Estima que la decisión<sup>14</sup> a que se llegue, deberá reflejarse en la estructura de la Oficina Sanitaria Panamericana, en sus relaciones con el mercado internacional de capitales y en la búsqueda de una serie de expertos para atender a los Gobiernos en dicho cometido. Las partidas que se mencionan, que son evidentemente modestas, permiten sin embargo, como se señala en el Informe Anual de 1964, facilitar una serie de servicios de asesoría a distintos Gobiernos del Continente.

Igual ocurre con el capítulo sobre educación en sus distintos rubros. Nosotros, dice, estamos muy interesados, y sobre todo estimulados, por la Resolución WHA18.39<sup>15</sup> de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud respecto al mejoramiento de la calidad de la educación médica. Existe interés por acelerar la formación de auxiliares de enfermería, empleando esta técnica moderna de la instrucción programada para lo cual ya se han adoptado algunas medidas. Se trata de la formación de técnicos capaces de preparar textos que los auxiliares podrían utilizar como guía para su autoformación. Por eso, si se adoptan estas iniciativas para las cuales la OPS busca fondos extrapresupuestarios, las partidas respectivas en su totalidad experimentarán también modificación sin afectar la distribución equilibrada del presupuesto.

<sup>14</sup> Véase págs. 180 y 290.

<sup>15</sup> *Act. of Org. mund. Salud* 143, 24-25.

Indica que los demás rubros conservan muy aproximadamente la distribución de los años anteriores y se proyectan en su totalidad de la misma manera para 1967. Por eso—agrega—nos hemos atrevido a proponer, como se muestra en el cuadro 1 (página 6) un incremento en el presupuesto ordinario de la Organización Panamericana de la Salud, incluyendo la partida especial para el INCAP, de 12,4%, comparado con el de 1965. Se ha registrado un incremento habitual de alrededor de 10% por año, y en vista de que el INCAP constituye una importante contribución al Continente en su conjunto y a otras regiones del mundo, considera justificada dicha inversión.

*Se suspende la sesión a las 10:45 a.m.  
y se reanuda a las 11:20 a.m.*

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP), al proseguir con el análisis del presupuesto, describe el contenido del *Documento Oficial 61*, cuya forma de presentación se ajusta a la aprobada por el Comité Ejecutivo en su 50ª Reunión (Resolución II).<sup>10</sup> Además de la introducción, del proyecto de resolución y la escala de cuotas, el documento propiamente dicho consta de dos partes principales. La primera, que ha sido presentada por el Director, comprende el análisis del programa (página 4), el cual va seguido de cuadros analíticos y una exposición sobre la labor realizada en cada campo de actividad (páginas 6-34). En la segunda parte (a partir de la página 37) se presenta el presupuesto en forma detallada, comenzando con una justificación de los gastos de las distintas oficinas y programas. A partir de la página 118, aparecen cuadros detallados de los costos estimados, también por oficinas y programas. Estos cuadros permite identificar cada fuente de fondos y los distintos puestos, así como el número de becas y los meses de servicios de consultores, por oficinas y programas.

En los siete anexos se presenta una amplia variedad de información complementaria. El Anexo 1 describe el método de preparación del presupuesto. En el Anexo 2 figura un resumen de los puestos profesionales y locales, por fondos y unidad orgánica. En el Anexo 3 se presenta una lista de los programas por fondos y de acuerdo con la agrupación de programas por materias que ha venido utilizándose durante varios años en el presupuesto de la OMS. Se incluyen también los estimados de "Otros fondos extrapresupuestarios" relativos a los

diversos programas. En el Anexo 4 se presenta una relación, por fuente de fondos y por programas, de todos los fondos que no se derivan de los presupuestos ordinarios de la OPS ni de la OMS ni de la OMS/AT. El Anexo 5 está dedicado al Fondo Especial para el Fomento de la Salud, establecido con objeto de reembolsar, en forma de ampliación de las actividades de los programas, la generosa aportación de la Fundación W. K. Kellogg para la construcción del edificio de la Sede. En el Anexo 6 se da cuenta de los costos de construcción del edificio de la Sede. Finalmente, en el Anexo 7 se indican los proyectos, por valor de unos dos millones y medio de dólares, solicitados por los Gobiernos, pero que no pudieron incluirse en el presupuesto.

En el cuadro 1 (página 6) se indican las múltiples fuentes de fondos para realizar el programa expuesto por el Director. Las fuentes de donde proceden los fondos de la OPS comprenden el presupuesto ordinario de la misma, sostenido por las cuotas de los Gobiernos de la Organización; el Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria y el Fondo para Abastecimiento Público de Agua, constituidos ambos por aportaciones voluntarias; el Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos; el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), y subvenciones y aportaciones de diversos organismos privados y gubernamentales. Los fondos procedentes de la OPS representan el 67% del total en 1965, el 66,5% en 1966 y el 69,7% en 1967. Cabe señalar que las cifras comprenden únicamente las subvenciones y aportaciones aprobadas y que posiblemente se reciban otras aportaciones en los años próximos.

Las fuentes de la OMS comprenden los fondos asignados a la Región de las Américas en el presupuesto ordinario y en la Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo de dicha Organización. Además, por medio de la OMS, se reciben los fondos relativos a los programas solicitados por los Gobiernos y que proceden del Programa Ampliado de Asistencia Técnica y del Fondo Especial de las Naciones Unidas.

El presupuesto total revela un aumento de 7,1%, de \$17.414.910 en 1965 a \$18.646.028 en 1966, y un aumento de 3,7%, hasta la cifra de \$19.328.530 en 1967. El aumento en el presupuesto ordinario de la OPS para 1966 es de 12,4%, lo que refleja el incremento de la ayuda al INCAP, y el aumento para 1967 asciende a 9,6 por ciento. En lo que se refiere

<sup>10</sup> *Documento Oficial de la OPS 57, 4.*

al presupuesto ordinario de la OMS, los aumentos son de 16,2% en 1966 y de 9,4% en 1967.

Además del estudio y análisis del programa en su conjunto corresponde al Consejo Directivo adoptar las tres medidas específicas siguientes: 1) asignar fondos con destino al presupuesto ordinario de la OPS para 1966; 2) examinar el presupuesto ordinario de la OMS para la Región de las Américas, correspondiente a 1967, y formular recomendaciones sobre el mismo al Director General, y 3) tomar nota del anteproyecto de programa y presupuesto ordinario de la OPS para 1967 y facilitar, a este respecto, las orientaciones que estime oportunas.

Refiriéndose a los antecedentes del proyecto de presupuesto ordinario de la OPS para 1966, el Dr. Portner señala que fue presentado al Consejo Directivo en su XV Reunión, en 1964, el cual tomó nota de que contenía "proyectos de salud pública muy necesarios y bien planeados".<sup>27</sup> Después de efectuar consultas con los Gobiernos, al objeto de tener en cuenta sus necesidades actuales, el Director sometió el proyecto revisado, correspondiente a 1966, a la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo, el cual lo analizó detenidamente y aprobó la siguiente Resolución II:

#### EL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo estudiado detenidamente el anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966 (*Documento Oficial 52*), y las modificaciones al mismo que figuran en el Documento CE52/3, ambos preparados por el Director;

Teniendo en cuenta que la XV Reunión del Consejo Directivo, en su Resolución VII, reconoció que el anteproyecto de Programa y Presupuesto para 1966 (*Documento Oficial 52*) comprendía programas de salud pública muy necesarios y bien planeados, y autorizó al Director a que aumentara el aporte de la Organización al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) en una suma adicional de \$200.000 y a que la incluyera en el Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS para 1966, con el fin de asegurar el funcionamiento normal de dicho Instituto;

Considerando que las modificaciones que figuran en el Documento CE52/3, introducidas después de haber celebrado consultas con cada Gobierno, reflejan los últimos requerimientos y deseos que se conocen de dichos Gobiernos y tienen debidamente en cuenta la prioridad de las necesidades; y

Considerando lo dispuesto en el párrafo C del Artículo 14 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y en los párrafos 3.5 y 3.6 del Artículo III del Reglamento Financiero de la misma Organización,

#### RESUELVE:

1. Someter al Consejo Directivo, en su XVI Reunión, el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966 (*Documento Oficial 52*), y las modificaciones al mismo que figuran en el Documento CE52/3, ambos preparados por el Director.

2. Recomendar al Consejo Directivo que fije el nivel del presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966 en la cantidad de \$8.080.000.

A continuación, el Dr. Portner analiza los cuadros detallados del presupuesto, comenzando por el resumen que figura en la página 118 del *Documento Oficial 61*. Señala especialmente a la atención de los Representantes las cifras correspondientes a los fondos del presupuesto ordinario de la OPS. La cantidad que figura en el Título I (Reuniones de la Organización) en 1966 es de \$236.752, lo que supone un aumento de \$39.959, o sea el 20,3% con respecto a 1965. Este aumento se debe a los costos adicionales de la reunión cuatrienal de la Conferencia Sanitaria Panamericana, en comparación con los gastos de las reuniones del Consejo Directivo.

El Título II (Sede) se refiere a los servicios técnicos y al personal de la Sede de Washington. Para 1966, la asignación propuesta es de \$2.294.865, un aumento de \$141.821, o sea el 6,6 por ciento. Este aumento comprende una revisión de los costos reglamentarios de personal, que quedan compensados en parte por la supresión de un puesto de oficial administrativo de categoría P.2 y de otro de especialista en vivienda. De esta cantidad, \$105.771 corresponden a las modificaciones en costos de personal y viajes en comisión de servicios y \$36.050 a los aumentos en los servicios comunes, especificados en la página 126, y a las adquisiciones para la biblioteca. El incremento principal en los servicios comunes corresponde a los gastos de conservación de los locales del nuevo edificio.

En el Título III (Programas de campo y otros) están comprendidas las partidas correspondientes a las Oficinas de Zona, programas y servicios editoriales y de publicaciones. Los estimados relativos a ese título para 1966 ascienden a \$5.248.383, lo que representa un aumento de \$733.220, o sea el 16,2 por ciento. El incremento principal corresponde a los programas ya descritos por el Director y que se especifican en las páginas 130 a 217 del documento.

Los Títulos IV y V aparecen en la página 218. En el Título IV se indica la cantidad de \$250.000 que la Fundación W. K. Kellogg aporta al Fondo Especial para el Fomento de la Salud, y se detalla

<sup>27</sup> Resolución VII, *Documento Oficial de la OPS 58*, 12-13.

en el Anexo 5. En el Título V (Aumento del Activo) figura la cantidad de \$300.000 presupuestada para incrementar el Fondo de Trabajo, registrándose en este Título una disminución de \$25.000, que representa la suma destinada en 1965 para aumentar el Fondo Rotatorio de Emergencia.

Resumiendo, el Dr. Portner señala que hay un aumento en el Título I, debido al mayor costo de la celebración de la Conferencia Sanitaria Panamericana, y otro en el Título II, como consecuencia de los cambios reglamentarios en los costos de los puestos y en los gastos estimados de conservación del nuevo edificio. En el Título III no hay muchos cambios en el estimado de los costos de las Oficinas de Zona, correspondiendo a los programas el aumento principal, que asciende a poco menos de \$750.000; en el Título IV no hay cambio alguno, y en el Título V hay una reducción de \$25.000, porque no se aumentará en 1966 el Fondo Rotatorio de Emergencia. La cantidad total propuesta para el presupuesto ordinario de la OPS es de \$8.080.000. Señala, por último, que en la página 2 del documento que se discute se presenta el proyecto de resolución sobre asignaciones, que debe ser considerado por el Consejo.

El Ing. RIVERA (Costa Rica) pregunta qué cuantía del aumento anual del presupuesto, que se proyecta sea de un 10% para el año entrante, corresponderá a costos fijos y qué porcentaje a ampliación de programas, porque, a su juicio, se podría incurrir en el error o tal vez en la imprevisión—aunque ello no suele suceder en la Oficina, pero que convendría se aclarara—de que no se aumentasen las facilidades o posibilidades de servicio a los países en la proporción correspondiente del incremento, sobre todo ahora con la instalación de la Oficina en el nuevo edificio de la Sede.

El Dr. AGUILAR HERRERA (Guatemala) después de manifestar su satisfacción por el aumento que se propone de la asignación del INCAP, destaca el esfuerzo que el Gobierno de su país ha venido desplegando desde hace algunos años para dar facilidades, especialmente de instalación, a dicho organismo. Recuerda que inicialmente el Gobierno destinó un terreno en la ciudad de Guatemala en el cual se construyó, a un costo de \$250.000, el edificio que actualmente ocupa el INCAP, pero al ampliarse las actividades de la institución y resultar insuficientes las instalaciones, el Gobierno ha constituido un fondo para la construcción de dos edificios más, cuyo valor asciende a \$500.000, y en los que se

alojarán principalmente los servicios de investigación y adiestramiento del Instituto.

El Dr. Aguilar reitera lo manifestado por el Dr. Horwitz, en el sentido de que la acción del INCAP ya ha rebasado las fronteras de la zona a que estaban destinadas. Señala, por ejemplo, que sólo el 40% de los servicios de adiestramiento se destinan al área de Centro América y Panamá, el 50% a los países de América del Sur y el 10% a otros países del mundo, y la labor de investigación científica que se realiza, más que de beneficio local, es de provecho universal, lo que desea se tome en cuenta para la aprobación del aumento que se solicita del Consejo.

En cuanto a los servicios prestados al país por la OPS, correspondientes al programa Guatemala-3300, Laboratorios de salud pública, el Dr. Aguilar manifiesta su sorpresa porque se hayan suspendido los fondos destinados a equipo para los mismos, como figura en el acuerdo correspondiente. Reconoce que en 1965 se facilitó ayuda al respecto, y manifiesta que su país vería con agrado que esta colaboración no se suspendiera, ya que, aun cuando fuera en cantidad limitada, constituye un estímulo a los esfuerzos que realiza el Gobierno. Este organiza en la actualidad cursos de adiestramiento para personal de laboratorio a nivel local con destino a los centros de salud; en sus presupuestos figuran plazas de laboratoristas para dichos centros y se propone que este personal comience a trabajar a partir del 1 de enero próximo. Informa también de que se están ampliando los laboratorios centrales y, dadas las condiciones del edificio que ocupan, se ha dispuesto la construcción de uno nuevo cuyas obras se iniciarán en enero de 1966. Por todas estas razones, el Representante de Guatemala solicita del Director de la Oficina que no se suspenda la ayuda mencionada.

El Dr. DELVA (Haití), después de felicitar al Dr. Portner por la presentación del proyecto de presupuesto, señala que en el cuadro 6 (página 12, *Documento Oficial 61*) se observa un aumento sustancial de los fondos destinados a enfermedades transmisibles, de \$4.499.771, en 1965, a \$4.802.889, en 1966, es decir de 7 por ciento. Se pregunta si se ha previsto la situación que aqueja en la actualidad a su país por haberse recrudecido la frambesia, una de las enfermedades más fácilmente transmisibles, ya que si bien en los últimos tres años sólo se comprobaron 15 casos, en los seis u ocho primeros meses del año en curso, se ha registrado un aumento que constituye evidente peligro no sólo para la

población de Haití, sino para la de otros países de las Américas.

En consecuencia, solicita al Consejo que se sirva tener en cuenta sus observaciones y se autorice al Director de la Oficina para que se aumente la contribución de la Organización al esfuerzo que realiza el país con miras a erradicar completamente la enfermedad, ya que con el aumento de los casos y la disminución de las posibilidades se corre el riesgo de perder los progresos alcanzados en los últimos 10 años, al reducir la prevalencia de la frambesia en Haití de 70%, en 1950, a 0,006%, éxito que se ha debido a la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP), contestando a la pregunta del Representante de Costa Rica sobre qué proporción del aumento anual del presupuesto se destina a atender los costos fijos y qué proporción a la ampliación del programa de la Organización, manifiesta que esta cuestión ha sido estudiada minuciosamente y que para el aumento de costos se requiere alrededor de un 4,3 por ciento. El resto del incremento en cada uno de los años se dedicará a la ampliación del programa, incluida la asignación de \$200.000 para el INCAP.

En cuanto a la cuestión planteada por el Representante de Guatemala sobre la situación de los suministros y material para el programa Guatemala-3300, dice el Dr. Portner que—como recordará el Consejo—se habían recibido dos subvenciones, una de dos particulares interesados en el asunto que habían querido expresar su gratitud por la labor de la Organización, y otra procedente de la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados

Unidos de América. No hay indicación alguna de que estas aportaciones continuarán—añade—pero el Representante de Guatemala puede tener la seguridad de que, al revisar el proyecto de presupuesto, se tendrán en cuenta sus observaciones, y en caso necesario, se estudiarán las posibilidades de continuar aportando suministros y equipo a dicho programa con fondos de la Organización.

Por último, se refiere a la observación del Representante de Haití, en el sentido de que se mantenga la asignación de fondos para proseguir vigorosamente la campaña de erradicación de la frambesia en su país, y le asegura que su solicitud recibirá la debida consideración cuando se prepare el presupuesto de operaciones y se establezca el programa definitivo para el año próximo.

El Sr. CASTELLS (Uruguay) justifica la ausencia de la Reunión del Ministro de Salud Pública de su país, Sr. Francisco Rodríguez Camusso, quien, por motivos de última hora, se vio obligado a cancelar su viaje. Hace constar que a la sesión inaugural concurre el Ministro de Relaciones Exteriores, don Luis A. Vidal Zaglio, que se hallaba en esos días en Washington y señala que su Gobierno ha designado ahora a la Delegación Permanente del Uruguay ante el Consejo de la Organización de los Estados Americanos, a la que pertenece el orador, para representarlo en la Reunión del Consejo Directivo. Subraya la complacencia de las autoridades uruguayas por estar representadas en la presente Reunión, tanto más cuanto que es la primera que se celebra en la nueva Sede de la Organización, obra de un eminente compatriota, el Arquitecto Román Fresnedo Siri.

*Se levanta la sesión a las 11:45 a.m.*

## QUINTA SESION PLENARIA

Miércoles, 29 de septiembre de 1965, a las 3:15 p.m.

Presidente: Dr. RAYMUNDO DE BRITTO (Brasil)

### **Tema 9-A: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966 (conclusión)**

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y concede la palabra al Dr. Williams.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) considera que el presupuesto es muy satisfactorio y que se ajusta a las necesidades de los distintos campos en que la Organización desarrolla sus actividades. Afirma que, como siempre, la Delegación de su país tiene confianza en la capacidad del Director para llevar a cabo un programa progresivo, inteligente y dinámico. Así, pues, felicita al Director y a sus colaboradores por un programa tan bien concebido y un presupuesto preparado con el acierto que cabía esperar.

Lamenta que, debido a los graves problemas financieros que han asediado constantemente a la Organización en los últimos años, inclusive el actual, los Estados Unidos de América no pueden apoyar plenamente el proyecto de presupuesto para 1966. Espera que estos problemas se resolverán pronto, pero mientras tanto la posición de su país no puede cambiar.

Añade el Dr. Williams que, en un sentido más positivo, la Secretaría en que presta servicio ha comparado con interés el crecimiento de los distintos programas del presupuesto ordinario con el de los del presupuesto en su conjunto. Por ejemplo, los gastos en administración de salud pública durante los últimos cinco años han acusado una tasa de crecimiento un poco menor—aunque casi igual—que la del presupuesto ordinario, lo cual es, naturalmente, razonable y apropiado. Por el contrario, los gastos en enfermería de salud pública, aunque aumentaron con cierta irregularidad, lo han hecho a un ritmo mucho más rápido que el del presupuesto ordinario. Esta situación está contrarrestada por el hecho de que una mayor proporción de los fondos del presupuesto ordinario de la OPS y una menor proporción de los fondos de la OMS y de otras fuentes se han dedicado a estas actividades, lo que no cree que representan un ritmo de crecimiento indebido o inadecuado.

Es lástima—dice—que el ritmo de crecimiento del

programa de saneamiento del medio sea considerablemente más lento que el del presupuesto ordinario, a pesar de la gran importancia y urgencia del problema. Los Estados Unidos de América preferirían que dicho programa se fuera cumpliendo a ritmo casi análogo al del presupuesto.

En materia de educación y adiestramiento, que constituye quizás el núcleo fundamental de todo el programa de la Organización, la tasa de crecimiento es un poco más rápida que la del presupuesto ordinario, lo cual, a su juicio, representa un programa bien planificado.

Por otra parte, si bien la Organización ha reconocido oficialmente la prioridad del programa de erradicación de la viruela, la línea de la gráfica de comparación de la tasa de crecimiento desciende bruscamente, casi hasta el final, cuando se analiza el presupuesto para esa actividad. En realidad, el programa acusa un rápido retroceso, lo que es causa de considerable preocupación. La mayoría de los fondos para este año van a proceder de la OMS, pero parece que en el presupuesto de la OPS no se ha prestado la debida atención a la importancia continental del programa.

En el caso del control de la tuberculosis se observa una situación similar. En el curso de los últimos cinco años, el ritmo de crecimiento ha sido más lento que el del presupuesto ordinario. Aunque la OPS no ha contraído ningún compromiso respecto a la erradicación de la tuberculosis, no cabe duda de que en muchos países del Hemisferio esta constituye un importante problema de salud, lo cual justifica que se conceda considerable atención a las actividades contra dicha enfermedad.

Los Estados Unidos de América están totalmente de acuerdo con las declaraciones del Director sobre la importancia fundamental del problema de la nutrición en las Américas, y observan con satisfacción el notable aumento de fondos para esa finalidad, inclusive la cantidad adicional destinada al INCAP. El Director ha señalado el hecho de que en la América Latina, considerada en su conjunto, la producción *per capita* de alimentos no se ha mantenido, en estos últimos años, al mismo ritmo que el crecimiento de la población, lo cual es motivo de preocupación. Sin embargo, como ya ha señalado en otras ocasio-



nes la Delegación de su país, el consumo de alimentos tal vez sea más importante. Los estudios realizados han demostrado que, por lo menos en los países latinoamericanos, dicho consumo ha aumentado de manera moderada en los últimos años. Y quizás porque algunos países han importado alimentos, no ha disminuido. A juicio de la Delegación de su país, el consumo de alimentos reviste más importancia que los niveles de producción.

A continuación, el Dr. Williams llama la atención acerca del cambio de política en el programa de "Alimentos para la Paz" de los Estados Unidos de América y recuerda que el Presidente Johnson ha declarado en diversas ocasiones que la malnutrición de la infancia es quizás hoy en día el principal problema mundial de salud pública. En un mensaje al Congreso, el 31 de marzo de 1965, el Presidente afirmó: "Reconocemos que las deficiencias alimentarias son más graves en los lactantes y en los niños de corta edad y, en menor grado, entre los escolares. La malnutrición no sólo causa elevadas tasas de defunción y de enfermedades incapacitadoras, sino que, además, como han demostrado las investigaciones, produce un retraso mental permanente en el desarrollo mental y físico".

El Presidente Johnson dio cuenta también de que, en la actualidad, un 40% de la asistencia exterior del Gobierno para el desarrollo económico se proporciona en productos agrícolas y el pago de la venta de estos artículos se recibe en monedas nacionales.

A pesar de que el programa de "Alimentos para la Paz" ha llegado ya a más de 70 millones de niños, sólo cubre un 15% de los comprendidos en la edad de 7 a 14 años y menos del 2% de los que se encuentran en edad preescolar, en los países que reciben dichos productos. Se calcula que actualmente los niños de 0-14 años de los países libres, en vías de desarrollo, ascienden a 667 millones, y se prevé que en 1975 llegarán a 815 millones. Los estudios realizados indican que aproximadamente el 70% de estos niños están o estarán malnutridos, y que el 50% del grupo de menores de 6 años y el 30% del grupo de 7-14 años, o sea, un total de 269 millones de niños, sufren de malnutrición grave, cifra que en el curso de los próximos 10 años puede elevarse a 330 millones.

Cita el Dr. Williams un mensaje que el Sr. David E. Bell, Administrador de la Agencia para el Desarrollo Internacional (EUA), dirigió a las misiones en el extranjero de la AID el 1 de agosto de 1965, en el que proponía una serie de programas

encaminados a combatir la malnutrición de la infancia. Estos programas suponen un esfuerzo coordinado de los sectores agrícola, de salud, industrial y de desarrollo de la comunidad en cada país. Los nuevos programas se basarán en los cinco principios siguientes: 1) conceder una mayor atención a la nutrición de los niños, especialmente de los que se encuentran en edad preescolar; 2) lograr que todos los programas de alimentación tengan el máximo valor desde el punto de vista nutricional; 3) establecer programas de alimentación, en los que participen, cada vez en mayor grado, los respectivos países; 4) conseguir la máxima participación de las empresas privadas, y 5) abordar de un modo integral los problemas de malnutrición en cada país, con la intervención de todos los elementos interesados. Indica el Dr. Williams que el Director ya se refirió a algunos de estos puntos al presentar su Informe.

Informa el orador que la AID ha encomendado a sus misiones en el extranjero que sugieran programas piloto modelos con las finalidades siguientes: 1) fortalecimiento de las industrias de productos alimenticios de los respectivos países que revistan mayor importancia para los niños; 2) enriquecimiento de granos molidos en el propio país; 3) un cambio en los programas de alimentación infantil en el sentido de sustituir la distribución familiar de raciones alimenticias por un sistema en el que dicha alimentación se efectúe por medio de instituciones, y fomento de los huertos domésticos y escolares; 4) asistencia técnica en materia de tecnología agrícola, elaboración de alimentos, educación sanitaria, economía doméstica, atención del niño y dietética, y 5) establecimiento de comités locales privados sobre nutrición. Se espera que en los próximos años podrán iniciarse programas piloto en varios países, aunque ello dependerá del deseo de los respectivos Gobiernos de aunar sus esfuerzos con el de los Estados Unidos de América y de los inversionistas privados para hacer frente a lo que, a juicio del orador, tal vez sea el mayor obstáculo para el desarrollo económico.

Este importante cambio en la política de los Estados Unidos de América sigue la orientación de las actividades de las Naciones Unidas en este campo, llevadas a cabo, en gran parte, por medio de la FAO y el UNICEF, y que consisten en un esfuerzo mundial por aumentar el empleo de semillas oleaginosas como fuentes de proteína para el consumo humano, especialmente de los niños. La

Campaña Mundial contra el Hambre y el Programa Mundial de Alimentos han despertado el interés de muchos Gobiernos por los verdaderos problemas de la alimentación. El programa del UNICEF de enriquecimiento de alimentos, fomento de las industrias locales, mejoramiento de la elaboración de alimentos y educación en materia de nutrición han servido de modelo para todos. En el Tercer Seminario Interamericano sobre Alimentación Infantil—"Operación Niños", celebrado en Petrópolis, Brasil, en junio de 1965, el Sr. Herbert J. Waters, Administrador Adjunto de la AID para Recursos Materiales manifestó que cualquier mejora duradera de los niveles nutricionales en los países en vías de desarrollo requeriría un cambio de los hábitos alimentarios y la posibilidad de obtener alimentos locales adecuados desde el punto de vista nutritivo. Para fomentar la participación de las empresas privadas en la elaboración y comercialización de preparaciones alimenticias, el Sr. Waters sugirió que las pequeñas industrias manufactureras de alimentos nutritivos económicos quedaran exentas de impuestos y que se aplicaran rigurosamente las medidas encaminadas a que disminuya el desperdicio de alimentos; que se redujera el costo del transporte de productos alimenticios de gran valor nutritivo en vehículos propiedad del Gobierno, así como los derechos de importación del equipo especial necesario para las nuevas industrias de productos alimenticios. Señala el Dr. Williams que los modernos programas de alimentación y nutrición reflejan un mayor conocimiento de la relación que existe entre la malnutrición y el desarrollo económico y social, y agrega que la AID ha advertido a sus misiones que "... la reducción de la expectativa de vida y de la resistencia a las enfermedades infecciosas, el menoscabo del crecimiento físico y mental, y la disminución de la capacidad de trabajo pueden afectar gravemente el desarrollo económico y social".

El orador añade que ha sido muy debatida la cuestión del orden de prioridad que debe concederse a los programas especializados o con una finalidad concreta, a diferencia de los que podrían denominarse programas de carácter general. Los Estados Unidos de América considera que los primeros deben servir de base para alcanzar grandes progresos en el campo de la salud mundial. No cabe duda de que, en su país, gran parte de los progresos visibles en el campo de la salud tuvieron su origen en campañas tales como la de erradicación de la malaria, la lucha contra las enfermedades

venéreas—iniiciada por el Dr. Thomas Parran en el decenio de 1930—y el programa de lucha anti-tuberculosa emprendido en el decenio de 1940. Lo mismo ha ocurrido, al parecer, en otros países. Los programas más especializados o con un fin concreto podrían calificarse de "vanguardia" o "promoción" y los de carácter general podrían denominarse de "mantenimiento", aunque unos y otros deben coexistir en la debida proporción. Desearía el Dr. Williams que la OPS llevara a cabo más programas del primer tipo, ya que en la actualidad resultan más apropiados para las Américas que los de carácter general. La América Latina—dice—es una región muy dinámica, una región que está en marcha, y se debe dar preferencia a los programas que permitan mejorar rápidamente el estado de salud. Así, pues, la erradicación de la malaria, la erradicación de la viruela, el mejoramiento del abastecimiento de agua, la erradicación del *Aedes aegypti* y la erradicación de la frambesia son los programas que podrían recibir más alta prioridad en los futuros presupuestos.

Al definir el término "prioridad" el Dr. Williams dice que la simple adopción de una resolución de la OPS, por ejemplo, sobre la erradicación de la malaria, la viruela o la frambesia, daría lugar, seguramente, a que se concediera alta prioridad a las actividades de ese campo particular. En la medida de lo posible, convendría que la ejecución de programas a los que se han concedido alta prioridad dependiera del presupuesto ordinario en lugar de aportaciones voluntarias de fondos, que son menos estables.

Aclara que sus manifestaciones no deben interpretarse como un preámbulo de una reducción o eliminación de las aportaciones voluntarias de los Estados Unidos de América para la ejecución de ciertos programas. Termina diciendo que se ha expresado en estos términos más bien como cuestión de principio y espera que sus observaciones tengan algún valor para el Director y sus colaboradores.

El Dr. Quirós (Perú) manifiesta que concuerda con algunas de las observaciones formuladas por el Dr. Williams. Declara que le causa sorpresa que la lucha contra enfermedades como la peste y la viruela no tengan en el presupuesto dotaciones de la importancia que requiere. Alude al respecto a los renglones contenidos en el Anexo 7 (página 245) del *Documento Oficial 61* y señala que no figura consignación alguna para costos de personal y suministros correspondientes al proyecto AMRO-

0307 (Seminario sobre la erradicación de la viruela), ni tampoco para los costos de personal relativo al proyecto Ecuador-0900 (Control de la peste en dicho país). Recuerda que ya en la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, con motivo de la discusión del presupuesto, había anotado algo similar, ya que entre los programas que quedaban pendientes de realizar por falta de fondos, figuraba uno que ascendía a \$30.000 en relación con el problema de la peste, el cual había de llevarse a cabo conjuntamente entre Perú y Ecuador. Al efecto se había firmado un convenio entre los Gobiernos de ambos países, conscientes de la importancia internacional que reviste tal problema. Afirma que la peste no sólo está haciendo estragos en la zona selvática, sino que está invadiendo otras regiones y constituye un serio peligro que puede tener repercusiones de orden económico para el Ecuador, lo que justifica que se conceda prioridad al correspondiente programa.

Hace constar que el programa de erradicación de la malaria está siendo financiado con fondos de una cuenta especial, con contribuciones voluntarias y con alguna aportación de la OMS, pero que no figura ninguna cantidad para él en el proyecto de presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud. Subraya, en cambio, que es tranquilizadora la promesa hecha por el Dr. Williams, en nombre del Gobierno de los Estados Unidos de América, de que ese país continuará aportando recursos para la lucha antimalárica. Considera que sería conveniente conocer los planes de la Oficina para lograr el financiamiento de este programa hasta su terminación, ya que la ejecución del mismo se prolonga excesivamente.

Se manifiesta de acuerdo con el criterio expuesto por el Dr. Williams, según el cual es preferible acometer pocos programas, pero que tengan un resultado eficaz, a iniciar muchos sin obtener el efecto deseado, criterio que no sólo es válido a nivel internacional sino nacional. Cita como ejemplo el caso de su propio país, en el que existen múltiples servicios de salud, sin que se llegue a profundizar en la solución del problema. Agrega que, ante esta realidad, parece necesario concentrar los esfuerzos en tres o cuatro programas, dotándolos de los recursos económicos y humanos necesarios, con el fin de que sus logros beneficien efectivamente a la población. Alude al programa denominado de "medicina simplificada" que está aplicando el Gobierno de Venezuela y estima que ha sido

concebido con un sentido realista que tiene en cuenta las prioridades en materia de salud.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) reconoce el interés que muestra la Oficina por elaborar su presupuesto cada vez con mayor perfección, a fin de atender con creciente eficacia los problemas de salud de los países. Considera que hay que evitar toda dispersión de esfuerzos y, teniendo en cuenta las solicitudes de los Gobiernos, lograr un equilibrio que permita utilizar los recursos de manera más efectiva en programas muy concretos que se reflejen en la rápida elevación del nivel de salud mediante el control de las enfermedades transmisibles que tienen todavía significación en los países de las Américas. Se refiere a la viruela y a las enfermedades venéreas, que han vuelto a adquirir importancia, y encarece la conveniencia de incrementar los servicios de salud en las áreas rurales.

Se refiere luego al problema de la malnutrición, en especial en cuanto se refleja en la mortalidad de los menores de cinco años.

Por último resalta la necesidad de que en lo relativo al saneamiento ambiental, se ponga el mayor énfasis en el desarrollo de los programas de abastecimiento de agua potable y de eliminación de aguas servidas, contando para ello con la colaboración de los Gobiernos y con la ayuda de los organismos internacionales de financiamiento. Asimismo, indica la conveniencia de estudiar las cuestiones de higiene industrial que se plantean en los países en proceso de desarrollo, consecuencia de la etapa de industrialización en que se encuentran.

El Dr. PERAZA (Honduras) señala que, a su entender, uno de los problemas fundamentales para los países de las Américas es el de la desnutrición y pone de relieve la obra que, para combatirla, lleva a cabo el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Ruega que se invite al Dr. Moisés Béhar, Director del INCAP, presente en la Reunión, a que informe sobre la actividad y financiamiento del Instituto, que tiene proyecciones en el mundo entero.

El Dr. FERREIRA (Brasil) indica que el proyecto de presupuesto de la Organización, que se está examinando, representa un aumento del 12,4% con respecto al del ejercicio anterior, lo que deben tener en cuenta los Gobiernos de los países para incrementar, a su vez, los presupuestos nacionales de salud. El aumento que se propone al Consejo

Directivo, aunque pequeño, permitirá dar una mayor amplitud a programas fundamentales, como los tendientes a combatir las enfermedades transmisibles, las endemias rurales y la mortalidad infantil. Subraya que son los países los que tienen la iniciativa de expandir la acción de la Oficina a nuevos campos, lo que reclama una mayor asistencia de los Gobiernos para fortalecer a la Organización y alude, seguidamente, a la contribución que deben aportar para asegurar el funcionamiento de esta.

El Dr. BÉHAR (Director, INCAP) hace un recuento de las actividades que el Instituto viene desarrollando desde hace 16 años, en un esfuerzo de cooperación de los Gobiernos de los seis países del Istmo Centroamericano. Destaca que se trata de una organización técnica, cuya misión principal consiste en prestar asesoría a los Gobiernos en los problemas de nutrición. El INCAP, con la cooperación de la OSP, de otros organismos internacionales, particularmente del UNICEF, y de entidades oficiales o fundaciones privadas de los Estados Unidos de América, ha logrado formar un cuerpo de profesionales altamente especializados en las diversas disciplinas relacionadas con la nutrición, que abarcan el campo de la agricultura, la nutrición animal, la economía, la bioquímica, las ciencias sociales, la antropología, la educación y la salud pública.

Muestra la preocupación del INCAP por el problema de la producción de alimentos, que debe ser resuelto dando los países la mayor prioridad a programas de desarrollo agrícola, capaces de satisfacer las necesidades nutricionales mínimas de sus habitantes, sin tener que acudir a la importación, medida esta que sólo puede considerarse transitoria en casos de emergencia, y cuya aplicación suele revestir consecuencias económicas peligrosas. El INCAP trabaja por incrementar la producción de alimentos que contengan proteínas, y que provean de vitaminas a las poblaciones.

Junto a esta cuestión de la producción se encuentra la del consumo, condicionada por factores educacionales relacionados con hábitos alimentarios y prácticas dietéticas, y también por factores de índole económica. Hace constar que el INCAP trata de aprovechar al máximo las disponibilidades locales de cada área y procura orientar a las poblaciones para que utilicen debidamente los productos a su alcance, evitando que se registren trastornos intestinales, procesos diarreicos—tan comunes en la infancia—o parásitos. Manifiesta que sobre esos tres aspectos: disponibilidad, consumo y utilización

de alimentos, se centran las investigaciones del INCAP, y precisa que, asimismo, el Instituto desempeña funciones de asesoría y de adiestramiento de personal.

Recuerda que el INCAP cuenta con recursos muy limitados, siendo su presupuesto actual de aproximadamente \$1.300.000, de los cuales casi \$1.000.000 proceden de subvenciones de fundaciones o de organismos oficiales de los Estados Unidos de América. Dichas subvenciones se aplican en gran medida en los trabajos de investigación, que se realizan en buena parte en el campo, pero se carece de la ayuda externa necesaria para los programas de asesoría y adiestramiento. Considera que interesa aumentar los recursos para estos dos últimos programas, pero sin mengua de los medios que se precisan para la investigación.

Informa que de las investigaciones del INCAP se aprovechan los restantes países de las Américas y otros de fuera del Continente, que también utilizan las facilidades de adiestramiento técnico, como se refleja en la proporción de becarios que reciben enseñanza en el Instituto. Así, de 551 becarios, 217 provinieron de los seis países del Istmo Centroamericano que son miembros del Instituto, 284 de otros países del Continente, distribuidos de la siguiente forma: de la Argentina 27, de Bolivia 19, de Brasil 23, de Canadá 1, de Colombia 39, de Cuba 1, de Chile 11, de Ecuador 18, de Estados Unidos 84, de Haití 3, de Jamaica 5, México 10, Paraguay 6, Perú 11, República Dominicana 3, Surinam 1, Trinidad 1, Uruguay 8, Venezuela 13, y 50 de países situados fuera del Hemisferio, procedentes de Africa, Asia o de otras regiones del mundo.

Agrega que, en el capítulo de publicaciones, en los últimos cinco años el INCAP ha distribuido en los países de las Américas unos 159.000 ejemplares de ediciones técnicas relacionadas con las materias propias de su actividad.

Termina haciendo hincapié en la escasez de recursos de que dispone el INCAP para desenvolverse.

El Dr. PICHARDO (República Dominicana) declara que el problema de la parasitosis es sumamente grave en muchos países, por lo que urge buscarle solución. Observa que de nada servirá nutrir en forma adecuada a las poblaciones si en sus organismos subsisten los parásitos. Muestra su complacencia por el informe que ha presentado el Dr. Béhar sobre el INCAP.

El Dr. QUIRÓS (Perú) manifiesta la gratitud que siente su país hacia el INCAP, considerando que la labor llevada a cabo por dicho Instituto no sólo es útil para Centroamérica—que da un elevado ejemplo de lo que debe ser la planificación regional, con la organización del INCAP y con su Mercado Común—sino que constituye una muestra de planificación internacional. Anuncia que oportunamente formulará un proyecto de resolución felicitando a los Gobiernos de Centroamérica y Panamá por su brillante iniciativa y agradeciéndoles la colaboración que prestan.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta su satisfacción por la forma como se ha desarrollado el debate, que servirá de guía para el futuro de la Organización, y hace presente su complacencia por los juicios favorables a la gestión de la Oficina que ha emitido en su intervención el Dr. Williams, Representante de los Estados Unidos de América.

Considera que el punto central del debate ha consistido en tratar de determinar si la Oficina es un organismo que va a sustituir a los Gobiernos en el cumplimiento de su cometido, o que está llamado a complementar la acción de estos cuando los mismos lo decidan. Se refiere, como ejemplo, a la cuestión de la viruela, e indica que desde el año 1950, y tal vez antes, la Organización ha venido colaborando con los Gobiernos en la erradicación de esta enfermedad, habiendo invertido en la correspondiente campaña alrededor de un millón de dólares de su presupuesto, pero el hecho de que en la actualidad se pueda decir que de 420 millones de seres humanos, existe un máximo de 7.000 casos de viruela en un año determinado, refleja, en cierta medida, la magnitud de la obra realizada. Agrega que el año pasado se vacunó a un 20% de la población de la América Latina y afirma que, para acabar con esta enfermedad, es indispensable intensificar la vacunación sistemática. Cree que el Consejo debe determinar si la Oficina ha de invertir recursos en pagar personal local, ya que, aparte del transporte y del sistema de vacunación de inyector a presión ("jet injector"), no ve de qué otra manera pudiera colaborar la Organización.

Estima que las cifras actuales son pequeñas porque se destinan a la complementación de los programas y sería interesante estudiar la correlación que existe entre el estado de un programa determinado, en lo que respecta a fondos nacionales, y a los internacionales, lo que mostrará en qué medida la Organización podrá disminuir sus aporta-

ciones una vez que los Gobiernos alcancen un cierto grado de autosuficiencia para realizar una campaña. Ello permitirá a la Organización aumentar sus inversiones en las nuevas actividades que los Gobiernos señalen.

Al respecto, el Dr. Horwitz se hace eco de manifestaciones formuladas por los Representantes en el curso del debate, según las cuales es escasa la inversión que la Oficina dedica a combatir las enfermedades transmisibles, y alude también a otros programas de interés para los Gobiernos, subrayando que la Oficina está atenta para realizar aquello que los Gobiernos le indiquen. Confía, sin embargo, en que el tiempo irá demostrando que el camino equilibrado que ha seguido la Oficina es el racional.

Invita a los Representantes a que examinen el cuadro 6 que aparece en la página 12 del *Documento Oficial 61* y comprueben cómo el 35,6% del presupuesto se dedica a Enfermedades transmisibles y Saneamiento, el 35% se aplica al Fomento de la salud, el 10,8% a Educación y adiestramiento, y el 4,6% a Servicios a los programas. Se trata—añade—de los servicios técnicos directos, que suman, en su conjunto, el 86%, y pregunta si puede estimarse que es una cifra baja invertir el 35% incluido en este porcentaje, es decir, más del 40% del costo del programa de los cuatro grupos en conjunto, en el renglón de enfermedades transmisibles y saneamiento. Hay que destacar que para la malaria va a invertirse el 16% del total del presupuesto. Afirma que no hay que olvidar que las campañas de erradicación no son eficaces si no se mejoran, al mismo tiempo, los servicios generales, por lo cual se asignan los porcentajes antes indicados a Fomento de la salud y a Educación y adiestramiento.

Promete estudiar con más detalle las observaciones formuladas por el Dr. Williams en relación con el presupuesto, a fin de proceder en el futuro a los reajustes que sean convenientes.

Reitera su opinión de que la América Latina ha pasado ya la fase de las grandes enfermedades cuarentenables que diezaban a las poblaciones, lo que es un hecho claro si se advierte que en la actualidad es mínima la incidencia de dichas enfermedades, en especial si se compara con lo que sucedía hace 20, 30, ó 40 años. Manifiesta que el desarrollo de los países va a determinar el establecimiento de nuevos servicios de salud y se refiere a una intervención<sup>1</sup> del Delegado del Perú en la 17<sup>a</sup>

<sup>1</sup> *Act. of. Org. mund. Salud 136, 164.*

Asamblea Mundial de la Salud, en la cual, aludiendo al proyecto de la carretera marginal de la selva, dicho Delegado insistió en la necesidad de incorporar tales servicios a un proyecto típico de desarrollo. Destaca que, a su juicio, incorporar servicios de salud equivale a incorporar, en los proyectos de desarrollo, servicios de campaña cuando sea menester, y servicios definitivos cuando proceda.

Cree que las reflexiones que el examen del proyecto de programa y presupuesto ha provocado a los Representantes servirán para revisar con el mayor cuidado en el futuro el detalle del programa en su conjunto, atendiendo las solicitudes que los Gobiernos formulen.

Refiriéndose a la afirmación de que la Oficina no invierte nada de su presupuesto regular en malaria, el Dr. Horwitz remite a los Representantes a la página 224 del *Documento Oficial 61* (Resumen de los Programas por Fondos y Fines Principales) y dice que para 1966 se consigna la cantidad de \$1.713.492, a base de la contribución voluntaria de los Gobiernos, en especial del de los Estados Unidos de América. Señala también que las tres partidas restantes de \$324.084, 684.596 y 86.105 se consideran aportaciones del presupuesto regular de la Oficina y suman, en total, \$1.000.000 aproximadamente. Los \$684.596 corresponden a la Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación del Paludismo, que están en caja, sin que se conozca todavía la cantidad correspondiente a 1967, que está pendiente de gestiones con la Sede en Ginebra, pero que se espera sea una suma de cierta consideración. Por otra parte, en la página 124 del mismo documento aparece, para 1966, la suma de \$185.212 para el Departamento de Erradicación de la Malaria, cantidad que procede del presupuesto regular; ello indica que para el año próximo se ha asignado a la mencionada campaña una cifra aproximada de \$1.200.000 de dicho presupuesto.

Muestra su gratitud al Gobierno de los Estados Unidos de América por haber decidido, según manifestó el Dr. Williams, no disminuir sus aportaciones para la erradicación de la malaria.

Se refiere entonces a las cifras consignadas en el Anexo 7, página 245 (Proyectos solicitados por los Gobiernos y no incluidos en el Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la OPS/OMS para 1967), y menciona el proyecto Ecuador-0900 (Control de la peste) y al proyecto AMRO-0300 (Erradicación de la viruela) y señala que en la nota al pie de la página 249 del mismo documento, se indica

que se trata de parte del programa que excede de la cantidad presupuestada. Así pues, para el año próximo hay un programa de control de la peste, y otro de erradicación de la viruela. Recuerda que al presentar el Informe Anual señaló que la incidencia de peste había aumentado en un 50% entre los años 1963 y 1964, y anunció que se buscaban las posibilidades, dentro del presupuesto, de intensificar la contribución de la OPS al Perú y a Ecuador, haciendo uso de la flexibilidad de transferencia de fondos de que se dispone para atender a emergencias, que es natural que surjan, habida cuenta de que el presupuesto se prepara con dos años de antelación.

Resalta el hecho de que en un presupuesto que tiene su origen en fuentes tan diversas, cuya elaboración es tan complicada por participar en la Organización 26 Gobiernos, no se haya registrado en 1964 más que una ligerísima diferencia entre lo previsto, con arreglo a los recursos esperados, y los fondos que se recaudaron.

El PRESIDENTE somete seguidamente a votación Presidente, da lectura al proyecto de resolución sobre el Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966.

El PRESIDENTE somete seguidamente a votación el proyecto de resolución presentado.

*Decisión:* Por 21 votos a favor, ninguno en contra, y una abstención, se acuerda:<sup>2</sup>

1. Asignar para el ejercicio financiero de 1966 la cantidad de \$8.080.000 en la forma siguiente:

*Fines de las asignaciones*

Título I:	Organización Panamericana de la Salud—Reuniones de la Organización .....	\$ 236.752
Título II:	Organización Panamericana de la Salud—Sede .....	2.294.865
Título III:	Organización Panamericana de la Salud—Programas de Campo y Otros .....	4.998.383
Título IV:	Organización Panamericana de la Salud—Fondo Especial para el Fomento de la Salud .....	250.000
Título V:	Organización Panamericana de la Salud—Aumento del Activo ..	300.000
Total—Todos los Títulos .....		<u>\$8.080.000</u>

<sup>2</sup> Resolución V. *Documento Oficial de la OPS 66*, 10-12.

## 2. Que las asignaciones se financien mediante:

## a) Cuotas correspondientes:

i) A los Gobiernos Miembros, fijadas según la escala adoptada por el Consejo de la Organización de los Estados Americanos, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano .....	\$7.930.000
ii) A Jamaica (basada en las cuotas de aquellos Gobiernos Miembros que tengan una población e ingresos <i>per capita</i> similares) .....	23.790
iii) A Trinidad y Tabago (basada en las cuotas de aquellos Gobiernos Miembros que tengan una población e ingresos <i>per capita</i> similares) .....	23.790
iv) A Francia (Resoluciones XV y XL de la V Reunión del Consejo Directivo) .....	12.760
v) Al Reino de los Países Bajos (Resoluciones XV y XL de la V Reunión del Consejo Directivo) .....	9.497
vi) Al Reino Unido (basada en las cuotas de aquellos Gobiernos Miembros que tengan una población e ingresos <i>per capita</i> similares) .....	23.790

b) Ingresos diversos..... 56.373

Total ..... \$8.080.000

3. Que de conformidad con el Reglamento Financiero de la Organización, las cantidades que no excedan de las asignaciones incluidas en el párrafo 1 se apliquen al pago de las obligaciones contraídas durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1966, inclusive.

4. Que el Director quede autorizado para transferir créditos entre los títulos del presupuesto, siempre que las transferencias de crédito que se efectúen entre dichos títulos no excedan del 10% del título del cual el crédito es transferido. Las transferencias de créditos entre estos títulos del presupuesto que excedan del 10% podrán efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. Todas las transferencias de créditos del presupuesto serán notificadas al Consejo Directivo.

*Se suspende la sesión a las 4:20 p.m.*

*y se reanuda a las 4:55 p.m.*

### **Tema 9-B: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1967**

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP), al someter a la consideración del Consejo el proyecto de presupuesto ordinario de la OMS para las Américas, se refiere a la página 118 del *Docu-*

*mento Oficial 61* y da lectura a las cantidades totales del citado presupuesto para 1965, 1966, y 1967. Señala que el Consejo debe formular recomendaciones acerca del correspondiente a 1967, que asciende a \$4.156.000. Esta cantidad representa un aumento de \$355.900 en relación al presupuesto para 1966, es decir, un incremento de 9,4 por ciento.

Al analizar el presupuesto por títulos, señala que en el Título I (Reuniones de la Organización), la reducción de \$13.997, en 1967, está relacionada con la disminución que figura en el Título I del presupuesto de la OPS, ya analizada con anterioridad, y se debe a las variaciones en los costos de las reuniones; la de 1966 será la de la Conferencia Sanitaria Panamericana, que se celebra cada cuatro años y representa mayores gastos, y la de 1967 es la correspondiente al Consejo Directivo.

En cuanto al Título II (Sede) la cantidad propuesta en el presupuesto ordinario de la OMS para 1967 es de \$1.252.894, que representa un aumento de \$37.542 en relación a 1966 (el 3,1%). El aumento se debe al incremento de los costos y al hecho de haberse cargado a la OMS una parte de los gastos de conservación del nuevo edificio de la Sede.

El Título III (Programas de campo y otros) asciende a un total de \$2.821.531, que supone un aumento de \$332.355 (el 13,4%) con respecto al año anterior. El único incremento importante se registra en los proyectos, que ya han sido descritos por el Director al presentar el programa de la OPS. Dice también el Dr. PORTNER que la nota número 1, al pie de la página 127, necesita aclaración. Las cantidades del presupuesto ordinario de la OMS son: \$2.041.832 para 1965, \$2.489.176 para 1966 y \$2.821.531 para 1967. En el resumen que figura en dicha página se indica el total de los fondos procedentes de la OMS. En las páginas 118 y 241 aparecen los detalles relativos a dichos fondos.

Concluye señalando que el total para 1967 asciende a \$4.156.000, o sea un aumento de \$355.900 de los cuales la parte principal corresponde a los proyectos.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura seguidamente al proyecto de resolución sobre el tema.

*Decisión:* Se acuerda por unanimidad aprobar el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1967, contenido en el *Documento Oficial 61*, y solicitar del Director Regional que lo trans-

mita al Director General de dicha Organización a fin de que lo pueda tomar en consideración al preparar el presupuesto de la OMS para 1967.<sup>3</sup>

### **Tema 9-C: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1967**

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP), al presentar el anteproyecto de programa y presupuesto de la OPS para 1967, contenido en el *Documento Oficial 61*, manifiesta que este será examinado detenidamente por el Comité Ejecutivo en su 54ª Reunión, que tendrá lugar en la primavera de 1966.

Hace notar que para el Título I (Reuniones de la Organización) del anteproyecto de programa y presupuesto de la OPS para 1967, se asigna la cantidad de \$208.567, lo que representa una reducción de \$28.185 (11,9%) sobre los estimados correspondientes a 1966. Esta reducción se debe al menor costo que supone la reunión del Consejo Directivo en comparación con la Conferencia Sanitaria Panamericana, que tiene lugar cada cuatro años y se celebrará en 1966.

La asignación correspondiente al Título II (Sede) asciende a \$2.412.091, lo que representa un aumento de \$117.226 (5,1%) con respecto a los estimados para 1966. Este aumento se debe a la adición de un estimado de \$30.000 para personal temporero, ante la posibilidad de tener que disponer de más personal después de un año de experiencia en el nuevo edificio de la Sede. No se conocen todavía los requerimientos exactos, pero se prevé un aumento para atender al funcionamiento de la sala de máquinas, el garage y otros servicios, cuyo costo no se ha determinado todavía, además hay un incremento de \$20.252 en las partidas para conservación de los locales, servicios por contrata y sustitución de equipo, y los restantes \$66.974 corresponden a una revisión de los costos y aumentos reglamentarios en los gastos de personal.

La asignación correspondiente al Título III (Programas de campo y otros) es de \$5.935.022, lo que representa un aumento de \$686.639 (13,1%) sobre los estimados correspondientes a 1966. No se ha introducido ninguna modificación importante en las cantidades correspondientes a las Oficinas de Zona (un aumento de \$10.051, o sea, del 2,0% que se refiere principalmente a los cambios reglamen-

tarios en los costos de personal) ni en las relativas a los Servicios Editoriales y Publicaciones (un aumento de \$10.588, o sea, del 4,2%, relacionado también con los cambios reglamentarios en los costos de personal y la adición de \$6.000 en la partida para Publicaciones Especiales). La mayor proporción del aumento, \$666.000 (14,8%), corresponde a los proyectos, lo que refleja las actividades del programa ya descritas por el Director.

No se registra ningún cambio en el Título IV (Fondo Especial para el Fomento de la Salud), ni tampoco en el Título V (Aumento del Activo).

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) manifiesta que el Consejo Directivo no sigue el sistema de aprobar el presupuesto para el año que sigue al próximo, sino que se considera, normalmente, en la siguiente reunión. Estima que es excelente el sistema de presentar el anteproyecto para su estudio seis o siete meses antes de ser examinado detenidamente en la reunión del Comité Ejecutivo que se celebra en la primavera. Ahora bien, en su condición de Presidente del Comité se ha dado perfecta cuenta de que, durante los dos o tres últimos años, el programa de temas de la reunión del mismo estaba tan sobrecargado que el examen del proyecto de presupuesto se había concentrado más en las modificaciones sugeridas por el Director desde la anterior reunión del Consejo Directivo que en un análisis minucioso del mismo. Por consiguiente, propone que se indique al Comité Ejecutivo que el Consejo Directivo espera que efectúe un examen a fondo del presupuesto.

A este fin, el Dr. Williams presenta un proyecto de resolución.

El PRESIDENTE anuncia que el proyecto de resolución que presenta el Dr. Williams, Representante de los Estados Unidos de América, será traducido y distribuido entre los Representantes para su examen en la próxima sesión.<sup>4</sup>

### **Tema 10: Informe sobre la recaudación de las cuotas**

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OPS) presenta el Documento CD16/26 y el Addendum I<sup>5</sup> sobre el estado de la recaudación de las cuotas. Seguidamente da cuenta de los porcentajes de dicha recaudación hasta la fecha, a saber: se ha recibido

<sup>3</sup> Resolución VI. *Documento Oficial de la OPS 66*, 12-13.

<sup>4</sup> Véase pág. 75.

<sup>5</sup> Documentos mimeografiados.



el 45,7% de las cuotas correspondientes al año en curso, en comparación con el 43,4% en la misma época del año anterior. La recaudación de cuotas atrasadas asciende al 27,6% en comparación con el 34,2% en el mismo período de 1964, sin contar el pago diferido de \$1.000.000, que representa una cuota de 1963 recibida en enero de 1964.

El Dr. Portner informa que el Director había llamado a la atención de los respectivos Gobiernos la Resolución IV<sup>o</sup> de la 52<sup>a</sup> Reunión del Comité Ejecutivo y que había tratado, a través de las Oficinas de Zona y de los Representantes en los Países, de estimular los pagos. Añade que, con respecto a los países que tienen cuotas atrasadas de más de dos años, se han efectuado considerables progresos. Para la fecha de la reunión del Consejo Directivo, un país ya había abonado cantidades suficientes para quedar excluido de esta categoría. Tres de los cinco países restantes de ese grupo han establecido planes para liquidar las cuotas pendientes dentro de un período definido, y otro lo está elaborando. Se han efectuado consultas con el quinto de esos países, pero todavía no se han obtenido resultados definitivos.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) da lectura al siguiente proyecto de resolución:

**EL CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el informe sobre la recaudación de las cuotas (Documento CD16/26 y Addendum I), así como la información y las observaciones sobre esta materia contenidas en el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1964 (*Documento Oficial 59*);

Teniendo en cuenta que el Consejo, en su XV Reunión, por recomendación de la 50<sup>a</sup> Reunión del Comité Ejecutivo, adoptó una enmienda al Artículo 6 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud en la

que se prevé la suspensión de los privilegios de voto por incumplimiento de las obligaciones financieras con respecto a la Organización; y

Teniendo en cuenta la importancia del pago puntual y completo de las cuotas, a fin de asegurar el apoyo financiero para la totalidad del programa aprobado,

**RESUELVE:**

1. Tomar nota del informe sobre la recaudación de las cuotas (Documento CD16/26 y Addendum I), así como de la información y las observaciones sobre esta materia contenidas en el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1964 (*Documento Oficial 59*).

2. Felicitar al Director por los esfuerzos que ha realizado para obtener la liquidación de las cuotas atrasadas y encomendarle que prosiga sus gestiones a fin de lograr que las correspondientes al ejercicio en curso se abonen con puntualidad.

3. Expresar, sin embargo, su preocupación por la seria situación financiera que persiste, especialmente respecto a las cuotas atrasadas de más de dos años.

4. Encomendar al Director que continúe manteniendo ampliamente informados a los Gobiernos acerca del estado de la recaudación de las cuotas y de las repercusiones de la falta de pago de las mismas en la prosecución del programa de la Organización.

5. Encarecer a los Gobiernos que, por tener cuotas atrasadas, puedan quedar comprendidos en las disposiciones relativas a la suspensión de los privilegios de voto contenidas en el Artículo 6-B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, que las hagan efectivas a la brevedad posible, a fin de asegurar la plena participación de todos los Gobiernos, que es de tan vital importancia para la labor de la Organización.

*Decisión:* Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado.<sup>7</sup>

*Se levanta la sesión a las 5:55 p.m.*

<sup>7</sup> *Documento Oficial de la OPS 62, 7-8.*

<sup>7</sup> *Resolución VIII. Documento Oficial de la OPS 66, 14-15.*

## SEXTA SESION PLENARIA

Jueves, 30 de septiembre de 1965, a las 9:10 a.m.

Presidente: Dr. JUAN JACOBO MUÑOZ (Colombia)

### Tema 9-C: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1967 (conclusión)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y anuncia que se va a dar lectura al proyecto de resolución sobre este tema, presentado por el Representante de los Estados Unidos de América.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al proyecto de resolución, que dice así:

#### EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el *Documento Oficial 61*, presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en el que aparece el anteproyecto que servirá de base para la preparación del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, correspondiente a 1967, que se someterá a la consideración de la 54ª Reunión del Comité Ejecutivo;

Teniendo en cuenta que dicho anteproyecto contiene proyectos muy necesarios y bien planeados; y

Teniendo en cuenta lo dispuesto en los Artículos 3.4 y 3.5 del Reglamento Financiero de la Organización Panamericana de la Salud,

#### RESUELVE:

1. Agradecer al Director la presentación del anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1967, contenido en el *Documento Oficial 61*.

2. Encomendar al Director que, al someter a la 54ª Reunión del Comité Ejecutivo el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1967, en virtud de lo dispuesto en el Artículo III del Reglamento Financiero de la misma, tome en consideración la presente resolución y las recomendaciones adoptadas por el Consejo Directivo en su XVI Reunión, de conformidad con el orden de prioridad establecido.

3. Encomendar al Comité Ejecutivo, que en su 54ª Reunión, al considerar el Proyecto de Programa y Presupuesto presentado por el Director de la Oficina, de acuerdo con lo dispuesto en el Capítulo IV de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, lleve a cabo un examen a fondo del anteproyecto, y presente un informe con las correspondientes recomendaciones a la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.

4. Encarecer al Director que, al preparar el Proyecto de Programa y Presupuesto para 1967, consulte con los Gobiernos en relación al mismo.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) manifiesta que el proyecto de resolución leído por el Dr. Sutter es el que había propuesto la Delegación de su país con algunas modificaciones de menor importancia indicadas por la Secretaría. No obstante, sugiere que el primer párrafo de la parte expositiva comience en los siguientes términos: "Habiendo tomado nota del *Documento Oficial 61* . . ."

*Decisión:* Por 17 votos a favor, ninguno en contra, y una abstención, se aprueba el proyecto de resolución con la enmienda propuesta por el Representante de los Estados Unidos de América.<sup>1</sup>

### Tema 24: Resoluciones del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional

El Dr. CUTLER (Director Adjunto, OSP), al presentar el Documento CD16/19 y Addenda I y II<sup>2</sup> sobre el tema, da cuenta de una serie de resoluciones adoptadas por el Consejo Ejecutivo de la OMS en sus 35<sup>as</sup> y 36<sup>as</sup> Reuniones, y por la 18ª Asamblea Mundial de la Salud,<sup>3</sup> de interés para el Comité Regional para las Américas. Señala que la presencia en esta reunión del Director General de la OMS, Dr. M. G. Candau, y del Subdirector General, Sr. Milton P. Siegel, será de gran utilidad, ya que permitirá que los mismos formulen cualquier otra observación que se estime necesaria sobre los distintos temas a que se refieren dichas resoluciones.

En relación con el informe mencionado en la Resolución WHA18.3<sup>4</sup> (Marcha del programa de erradicación del paludismo), indica el Dr. Cutler que se examinará detenidamente cuando el Consejo Directivo trate este tema. No obstante, menciona que, desde el punto de vista del progreso realizado en la erradicación de la malaria en todo el mundo,

<sup>1</sup> Resolución VII. *Documento Oficial de la OPS 66*, 13-14.

<sup>2</sup> Documentos mimeografiados.

<sup>3</sup> *Act. of. Org. mund. Salud 140*.

<sup>4</sup> *Act. of. Org. mund. Salud 145*.

<sup>5</sup> *Act. of. Org. mund. Salud 143*.

<sup>6</sup> *Ibid.*, págs. 1-2.

es particularmente importante señalar que, en la actualidad, alrededor del 52% de los habitantes de zonas originariamente maláricas viven ya en lugares en que ha sido erradicada la enfermedad. La 18ª Asamblea Mundial de la Salud, al examinar la situación,<sup>7</sup> llamó la atención de nuevo sobre el hecho de que los países que han emprendido programas preliminares de erradicación deberían dar prioridad a la organización de una red de servicios rurales de salud que sirva de base de sustentación al programa de erradicación de la malaria. La misma resolución pone también de relieve la importancia de que continúe la ayuda multilateral y bilateral para el adiestramiento de personal y el envío de suministros. Por último, se reconoce el hecho de que, una vez completada la erradicación, los Gobiernos de los países interesados deben adoptar las medidas necesarias para asegurar la colaboración de todo el personal médico y sanitario en la vigilancia contra la reaparición de la enfermedad.

Al adoptar la Resolución WHA18.33<sup>8</sup> (Cuarto programa general de trabajo para un período determinado: 1967-1971), la Asamblea aprobó el programa general de trabajo para dicho período. El Dr. Cutler hace hincapié en que en el cuarto programa se han mantenido los principios generales que se observaron en la ejecución de los tres anteriores. En particular, se ha concedido atención a la necesidad de fortalecer los servicios nacionales de salud; a la intensificación de la enseñanza profesional y técnica; a la consolidación de medidas encaminadas a mantener el control de las enfermedades transmisibles, y a las actividades para lograr un control más eficaz de las principales enfermedades de esta categoría en las zonas en que todavía existen. En la Asamblea se puso énfasis en la importancia de las investigaciones médicas y de la coordinación de los programas y actividades de salud con otros programas de desarrollo social y económico. También se subrayaron las responsabilidades cada vez mayores de la Organización por su cooperación con el creciente número de Gobiernos Miembros. Igualmente se destacó la atención que merecen los planes nacionales de salud, reiterándose la necesidad de erradicar la malaria y de reconocer la creciente importancia de las enfermedades no transmisibles, aun en las naciones que se encuentran en las primeras fases de desarrollo.

Otros de los aspectos a los que se prestó especial

consideración fue el de la higiene ambiental y, por último, se reiteró asimismo la importancia de las investigaciones sobre problemas de carácter mundial.

Con respecto a la Resolución WHA18.31<sup>9</sup> (Fondo de Donativos para el Fomento de la Salud: Fundaciones pro salud mundial), anuncia el orador que el Subdirector General de la OMS informará después sobre la materia.

En cuanto a la Resolución WHA18.37<sup>10</sup> (Estudio orgánico del Consejo Ejecutivo: Métodos de planificación y ejecución de proyectos), la Asamblea puso de relieve la importancia de que la OMS participe activamente en la preparación de las peticiones de ayuda y en la planificación de los proyectos correspondientes. En el estudio<sup>11</sup> que al respecto realizó el Consejo Ejecutivo se examinan detenidamente las causas de las demoras en la iniciación de proyectos y se sugieren medidas que podría adoptar el Director General para acortar estos retrasos siempre que la Organización disponga de medios para conseguirlo. En la resolución mencionada se llama la atención sobre la relación que existe entre la eficacia de la ayuda prestada por la Organización y la diligencia con que los Gobiernos asumen su parte de responsabilidad en las actividades objeto de esa ayuda, incluida la habilitación de recursos de personal y medios de trabajo.

Seguidamente se refiere a la Resolución WHA-18.38<sup>12</sup> (Programa de erradicación de la viruela) en la que la Asamblea toma nota de que el Director General calcula que podría conseguirse la erradicación de la viruela en un plazo de 10 años con un desembolso internacional de 23 a 31 millones de dólares, aproximadamente, además de las aportaciones financieras que pudieran hacer los países con sus propios recursos. En la misma resolución se declara que la erradicación mundial de la viruela es uno de los objetivos principales de la Organización y se pide a los Estados Miembros que presten mayor ayuda al programa y que aporten las cuantiosas contribuciones indispensables para su ejecución. Se pide también a los Gobiernos que han emprendido programas bilaterales de ayuda que incluyan en esos programas la erradicación de la viruela y se reitera la importancia, en este campo determinado, de organizar los servicios de salud

<sup>7</sup> *Ibid.*, pág. 20.

<sup>10</sup> *Ibid.*, pág. 23.

<sup>11</sup> *Act. of. Org. mund. Salud* 140, 115-146.

<sup>12</sup> *Act. of. Org. mund. Salud* 143, 24.

<sup>8</sup> *Act. of. Org. mund. Salud* 144, 49.

<sup>9</sup> *Act. of. Org. mund. Salud* 143, 20-21.

básicos que serán indispensables en la fase de mantenimiento de la erradicación de la viruela. Desde el punto de vista de las necesidades financieras, la Asamblea pidió también al Director General que gestionara de nuevo la aportación de los recursos financieros y de otro tipo necesarios para la erradicación mundial de la viruela. Esta cuestión será examinada por el Consejo Directivo cuando se presente el tema de la viruela.

Añade que la Resolución WHA18.48<sup>13</sup> (Reforma del Artículo 7 de la Constitución) fue objeto de prolongado debate. Se han distribuido a los Gobiernos Miembros propuestas definitivas de enmiendas a la Constitución de la OMS, para su consideración y efectos pertinentes.

El Dr. Cutler pasa a examinar la Resolución WHA18.36<sup>14</sup> (Inspección de la calidad de las preparaciones farmacéuticas), y se refiere al informe que aparece como Addendum II, Anexo II, del Documento CD16/19, titulado: "Laboratorio internacional de análisis de productos farmacéuticos",<sup>15</sup> preparado por un Consultor de la Organización, y que ha sido distribuido a los miembros del Consejo Directivo.

Advierte que la mencionada resolución de la 18ª Asamblea de la OMS se refirió al informe del Director General sobre la materia y advirtió que una proporción considerable de la población mundial utiliza preparaciones farmacéuticas en países que carecen de medios adecuados para someterlas a una inspección previa de la calidad. Por consiguiente, invitó a los Gobiernos a tomar las disposiciones necesarias para que las preparaciones farmacéuticas, importadas o de fabricación nacional, estén sujetas a una inspección cualitativa adecuada. Al mismo tiempo, pidió al Director General que continuara prestando ayuda a los Estados Miembros para que establezcan sus propios servicios de laboratorio o puedan utilizar los servicios de esa naturaleza disponibles en otros países, y que siguiera estudiando los medios de lograr que las preparaciones farmacéuticas destinadas a la exportación sean objeto de una inspección cualitativa en el país de origen. Pidió asimismo al Director General que prosiguiera la formulación de principios y normas internacionalmente aceptados para la inspección de la calidad de dichas preparaciones. Señala el orador que en el informe mencionado

figuran recomendaciones así como un plan para el establecimiento de un tipo de laboratorio como el que se indica en la resolución de la OMS, el cual serviría no sólo de laboratorio de referencia, sino también de centro de adiestramiento de científicos que prestarían servicio en los laboratorios nacionales.

Finalmente, el Dr. Cutler se refiere a la Resolución WHA18.49<sup>16</sup> ("Actividades que la OMS podría incorporar a su programa en relación con los aspectos sanitarios de la situación demográfica mundial"), que fue la última aprobada por la Asamblea. A este respecto, se encomendó al Director General que siguiera desarrollando el programa propuesto en el Documento A18/P&B/4,<sup>17</sup> en materia de servicios de referencia, estudios sobre los problemas médicos de la esterilidad y los métodos de regulación de la fertilidad, y sobre los problemas sanitarios de la dinámica demográfica, así como en lo que respecta a los servicios consultivos mencionados en el informe del propio Director General, quedando entendido que, dentro de los límites de la competencia de la OMS, esos servicios consistirán en la prestación de asesoramiento técnico sobre los problemas de salud pública de la reproducción humana, con exclusión de cualquier actividad de carácter operacional.

El Sr. SEGEL (Subdirector General, OMS) comienza refiriéndose a la Resolución WHA18.31<sup>18</sup> (Fondo de Donativos para el Fomento de la Salud: Fundaciones pro salud mundial), y en relación con las aportaciones financieras no gubernamentales para actividades de salud, expresa su satisfacción de poder informar a la reunión que la 17ª Asamblea Mundial de la Salud pidió<sup>19</sup> al Director General de la OMS que estudiara la forma y los medios de establecer un sistema de aportaciones no gubernamentales, con la finalidad de complementar, no de sustituir, los recursos gubernamentales disponibles que permitan a la Organización prestar sus servicios de asistencia a los Gobiernos. Como resultado del estudio, el Director General propuso al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea Mundial de la Salud, el establecimiento de fundaciones pro salud mundial con fines no lucrativos y exentas de impuestos, con la finalidad de conseguir ayuda de fuentes no gubernamentales, es decir, organizaciones comerciales

<sup>13</sup> *Act. of. Org. mund. Salud* 143, 35.

<sup>14</sup> *Ibid.*, págs. 153-160.

<sup>15</sup> *Ibid.*, pág. 20.

<sup>16</sup> Resolución WHA17.19. *Act. of. Org. mund. Salud* 135, 9.

<sup>13</sup> *Ibid.*, pág. 32.

<sup>14</sup> *Ibid.*, págs. 22-23.

<sup>15</sup> Documento mimeografiado.

y fundaciones con el propósito de obtener recursos financieros complementarios para la Organización. La idea consiste en establecer un sistema de fundaciones pro salud mundial en diversos países y una federación de esas fundaciones con sede en Ginebra. En la actualidad existen en tres países—los Estados Unidos de América, el Reino Unido y Suiza—fundaciones nacionales pro salud mundial, que se encuentran en distintas fases de desarrollo y se proyecta que comiencen a funcionar a principios del año próximo. El Sr. Siegel informa que la semana anterior había tenido lugar la reunión de organización de la Junta de Directores de la Fundación del Reino Unido, y se espera que antes de fin de año esta institución iniciará sus actividades. Advierte el orador que no cabe esperar resultados inmediatos en el sentido de obtener considerables sumas, pero sí que con una buena organización y encaminando los objetivos a largo plazo, este sistema podrá ejercer ciertos efectos duraderos para la Organización en el futuro.

El Dr. Quirós (Perú) señala que, entre las resoluciones de la OMS que se reseñan en el documento presentado por el Dr. Cutler, reviste singular interés la relativa al Cuarto programa general de trabajo para el período 1967-1971 (WHA18.33), ya que revela la preocupación de todos los países que integran la Organización Mundial de la Salud y nuestra Organización por lograr que en los programas se establezcan las respectivas prioridades y se trace un plan que permita seguir una política de acuerdo con las necesidades de cada país y con las prioridades que deben establecerse. Recuerda que en momento oportuno sugirió alguna enmienda a dicha resolución que, desgraciadamente, no fue aprobada. Destaca la importancia del esfuerzo de la OMS al trazarse un plan a largo plazo que permitirá conocer las tendencias del programa general de trabajo en el futuro.

Se refiere seguidamente al programa de erradicación de la viruela. Considera que, aun cuando se haya dicho que en realidad la marcha del mismo no era motivo de preocupación, ya que la Organización viene trabajando en él desde 1950, que son conocidos los procedimientos que aplica y que existe suficiente vacuna, tratándose por tanto de un programa cuya responsabilidad corresponde enteramente a los Gobiernos, es preciso insistir—incluso aceptando el planteamiento general—en que la Organización, además de prestar asesoramiento técnico a los países, está llamada a demostrar a estos la necesidad de llevar a cabo ciertos programas

que son de interés no sólo para las Américas, sino para todo el mundo. En consecuencia, aparte de los servicios de asesoramiento técnico, debe existir un servicio encargado de promover el interés de los Gobiernos para terminar con determinados problemas que, en realidad, ya no tienen razón de ser. A juicio del Dr. Quirós, así lo ha puesto de relieve la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, al aprobar una resolución<sup>20</sup> al respecto, en cuyo párrafo 6 “se pide al Director General que gestione de nuevo la aportación de recursos financieros y de otro tipo necesario para la erradicación mundial de la viruela, particularmente los que puedan obtenerse a título de donativo en ejecución de programas bilaterales o por mediación de instituciones como el UNICEF y el Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas”. Cree el Dr. Quirós que la Organización Panamericana de la Salud debe hacer exactamente lo mismo en el ámbito del Hemisferio, insistiendo en las gestiones encaminadas a conseguir los elementos necesarios para poner término al problema de la viruela, que, en realidad, a todos preocupa, y que constituye un problema de salud pública internacional, además de ser uno de los que más interesa a la Organización.

En cuanto a la resolución<sup>21</sup> referente a las actividades que la OMS podría incorporar a su programa en relación con los aspectos sanitarios de la situación demográfica mundial, hace constar que, a su entender, se trata de una materia a la que la OPS debiera conceder un poco más de interés. Subraya que es un asunto que actualmente preocupa a todos los sectores del mundo, pero considera que esta preocupación no debe ajustarse a los términos en que muchas veces se ha planteado, al asociar inmediatamente este problema con el control de la natalidad. Reitera el criterio que expuso en su primera intervención en la Reunión, según el cual si a cuantos trabajan por el bienestar y la salud de la población se culpa, en cierta forma, de estar contribuyendo a aumentar la población del mundo—problema, dice, que, en lo futuro, va a ser casi insoluble—lo menos que se puede hacer es demostrar preocupación por él y estudiarlo en todos sus aspectos para llegar a establecer claramente los hechos sobre el particular. Manifiesta que, aunque en su opinión, la mencionada tesis carece de fundamento,

<sup>20</sup> Resolución WHA18.38. *Act. of. Org. mund. Salud* 143, 24.

<sup>21</sup> Resolución WHA18.49. *Act. of. Org. mund. Salud* 143, 35.

no es posible abstenerse de examinar el problema de la dinámica de la población para contribuir a aclararlo en una forma satisfactoria para todos. Termina diciendo que en vista de que ya en la XV Reunión del Consejo, celebrada en México, se aprobó una resolución<sup>22</sup> en virtud de la cual se recomendaba que se considerara este problema, en esta ocasión es preciso insistir en la necesidad de que se intensifiquen los estudios correspondientes.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) manifiesta que la Delegación de su país desea formular algunas observaciones con respecto a dos de las resoluciones de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud. Señala que, si bien el tema de la erradicación de la viruela se examinará en otra sesión, desea destacar ahora que la Resolución WHA18.38, adoptada a este respecto por la Asamblea, es muy satisfactoria, pues expone claramente la intención de las naciones del mundo de tratar por todos los medios de erradicar la viruela. En la misma resolución se subraya que la erradicación de esa enfermedad es un objetivo al que la OMS concede alta prioridad, y se encomienda específicamente al Director General que adopte ciertas medidas—tales como la obtención de recursos financieros adicionales y la prestación de servicios de asesoramiento y orientación técnica a los Gobiernos que los soliciten—a fin de proseguir la campaña mundial de la erradicación de la viruela. Añade que se trata de una excelente exposición de principios y normas a los que la Delegación de los Estados Unidos de América se adhiere con satisfacción.

En cuanto a la Resolución WHA18.49, sobre las actividades que la OMS podría incorporar a su programa en relación con los aspectos sanitarios de la dinámica demográfica, el orador menciona que estuvo presente en la 18ª Asamblea de la OMS cuando tuvo lugar la discusión sobre el tema y se aprobó dicha resolución. Añade que resultó sumamente satisfactorio observar el indudable deseo de todos los Delegados de llegar a una solución práctica, lo cual no fue tarea fácil, pero la resolución que finalmente se adoptó, prácticamente con el apoyo de todas las Delegaciones presentes, fue aprobada por unanimidad.

Agrega que la Delegación de los Estados Unidos de América desea presentar un proyecto de resolución con los dos objetivos siguientes: primero, reconocer el valor y el acierto de la resolución

adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud, y segundo, colocar al Consejo Directivo de la OPS en la misma posición que la OMS en lo que respecta a las actividades que la Asamblea Mundial de la Salud ha confiado al Director General. El proyecto de resolución se refiere también a la solidaridad del Consejo Directivo de la OPS con el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP) y con el Consejo Interamericano Económico y Social (CIES), que han concedido considerable atención a este problema. Seguidamente el Dr. Williams da lectura al siguiente proyecto de resolución:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la Resolución WHA18.49 de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud;

Vista la Resolución XXXI de la XV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XVI Reunión del Comité Regional de la OMS, en la que se recomienda la realización de varios estudios sobre dinámica de la población;

y

Reconociendo la relación y acción recíprocas de la salud, el crecimiento de la población y el desarrollo económico y social, así como la importancia de llevar a cabo programas activos de cooperación entre las organizaciones del sistema interamericano,

RESUELVE:

Encomendar al Director:

1. Que proporcione servicios de asesoramiento, cuando se soliciten, sobre los aspectos de salud de la dinámica de la población, de conformidad con la Resolución WHA18.49 adoptada en la 18ª Asamblea Mundial de la Salud.

2. Que coopere con el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso en los estudios que se le han asignado en el informe sobre la marcha de la Alianza para el Progreso (Sec. I, párrafo 16), aprobado en la Tercera Reunión Anual del CIES al Nivel Ministerial, el 9 de diciembre de 1964, y que participe en cualquier otra actividad de dicho Comité relativa al problema de la población.

3. Que realice estudios, cuando sea conveniente, sobre dinámica de la población relacionados con las actividades del programa de la OPS y apoye, en la medida apropiada, la labor de adiestramiento profesional.

El PRESIDENTE anuncia seguidamente que el proyecto de resolución propuesto por la Delegación de los Estados Unidos de América será distribuido para que sea examinado en una próxima sesión.<sup>23</sup>

El Dr. NICHOLSON (Reino Unido) presenta el

<sup>22</sup> Resolución XXXI. Documento Oficial de la OPS 58, 34-35.

<sup>23</sup> Véase la octava sesión plenaria, pág. 111.

siguiente proyecto de resolución, basado en el tema 29 del programa (Aportaciones financieras no gubernamentales para actividades de salud) :

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre las aportaciones financieras no gubernamentales para actividades de salud (Documento CE52/12), en el que se da cuenta de la creación de la "World Health Foundation of the United States of America" y del plan para el establecimiento de fundaciones nacionales similares en otros países;

Teniendo en cuenta la Resolución V sobre este asunto, adoptada por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión; y

Vistos los Artículos 3 y 9 del Acuerdo concertado entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director de la Oficina sobre las aportaciones voluntarias no gubernamentales para actividades de salud (Documento CE52/12).

2. Tomar nota, asimismo, del Acuerdo entre el Director General de la Organización Mundial de la Salud y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, firmado en Washington, D. C., el 15 de octubre de 1964.

3. Encomendar al Director de la Oficina que continúe cooperando en el plan relativo a las fundaciones pro salud mundial y adopte las medidas que estime necesarias para la consecución de los propósitos fundamentales establecidos en las Constituciones de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud.

El PRESIDENTE sugiere que el proyecto de resolución propuesto por la Delegación del Reino Unido se examine cuando se trate el tema 29 del Programa.<sup>24</sup>

*Así se acuerda.*

El Dr. VALDIVIESO (Chile) anuncia que va a referirse brevemente a la erradicación de la viruela y de la malaria y, con mayor extensión, al problema de la dinámica de la población, sobre el cual la Delegación de Chile formuló una propuesta recientemente en Ginebra.

Afirma que en su país tanto la viruela como la malaria han sido erradicadas, por lo que en Chile ya no se aplican ambos programas. Hace notar que a través de la discusión de este tema ha observado que, en algunos aspectos, existe la tendencia a creer que las responsabilidades de cada país, y particularmente las de cada Ministerio de Salud, deben

delegarse en la Organización, cuyo carácter es internacional y no supranacional. Por ello considera conveniente precisar que es indiscutible la responsabilidad que recae sobre cada uno de los Ministerios de Salud, y que de la OPS sólo debe solicitarse asesoría técnica y alguna orientación y ayuda económica.

En lo que se refiere a la dinámica de la población, el Dr. Valdivieso recuerda que el Director General de la OMS sometió a la consideración de la 18ª Asamblea un informe<sup>25</sup> sobre las actividades desarrolladas por la OMS en materia de salud de la población mundial, conforme a la petición<sup>26</sup> formulada por el Consejo Ejecutivo en su 35ª Reunión, basándose en la Resolución 1048 (XXXVII) del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. En él se solicitaba a los organismos especializados de las Naciones Unidas que ampliaran e intensificaran la labor llevada a cabo sobre este tema. Del análisis de la segunda parte de ese informe, donde figuran las actividades desarrolladas hasta 1965, se desprenden los siguientes hechos: ciertas cuestiones biológicas relacionadas con la reproducción humana no se han investigado ni se conocen muy a fondo, y aún existen vacíos en el conocimiento de los hechos que conducen a la concepción, además de la biología de los hechos posteriores. No se dispone tampoco de conocimientos suficientes en cuanto a las variaciones geográficas y étnicas de la reproducción humana, especialmente en relación con los efectos de las condiciones de la vida moderna. Por todo ello se considera necesario investigar una serie de cuestiones médicas y biológicas de la reproducción, la lactancia, la amenorrea, la infertilidad *post-partum*, relacionadas con la fisiología fetal y placentaria, sin olvidar la enorme importancia que tienen muchos factores, tales como los sociales y culturales. En consecuencia, la OMS ha patrocinado una serie de estudios de expertos en diferentes campos de la biología y fisiología de la reproducción y, además, está preparando una bibliografía mundial sobre el tema.

El examen del referido informe durante la 18ª Asamblea suscitó un amplio debate acerca de las actividades futuras, que fueron aceptadas sin cambios de importancia, salvo en lo relativo a los servicios de asesoramiento. A este respecto se presentaron dos proyectos de resolución. En el primero

<sup>25</sup> *Act. of. Org. mund. Salud* 143, 153-160.

<sup>26</sup> Resolución EB35.R31. *Act. of Org. mund. Salud* 140, 21.

<sup>24</sup> Véase décima sesión plenaria, pág. 138.

de ellos—presentado por las Delegaciones de Ceilán, Dinamarca, Finlandia, India, Islandia, Noruega, Pakistán, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Árabe Unida, República de Corea, Suecia y Túnez—considerando que era propio de las administraciones nacionales decidir el momento y extensión de la información y la prestación de servicios médicos en relación con la reproducción humana, se proponía que la Organización Mundial de la Salud proporcionase asesoría técnica en la materia a los países que la solicitaran. En el segundo—presentado por las Delegaciones de Brasil, Chile, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela—se reconocía en forma más explícita que la solución de los problemas demográficos no concierne exclusivamente al campo de la salud, y que debían participar en la misma otros factores, como el económico, el social, el psicológico, etc. Se establecía, además, una relación entre los cambios de tamaño y estructura de la población y el proceso de desarrollo económico en general. Como ambas propuestas no se contradecían, sino que, por el contrario, se complementaban, se nombró un grupo de trabajo encargado de formular una proposición conjunta a fin de someterla a la consideración de la Comisión de Programa y Presupuesto de la Asamblea. Este grupo, del que formó parte la Delegación de Chile, redactó un proyecto de resolución que fue aprobado por unanimidad y sin modificaciones por dicha Comisión, y dio origen a la resolución<sup>27</sup> que, en momento oportuno, se presentó a los Gobiernos de la Organización Panamericana de la Salud. En ella figuran, además, todos los principios y considerandos propuestos por los países que elaboraron la segunda ponencia, se aprueba el programa futuro de actividades y se reconoce que no incumbe a la Organización Mundial de la Salud sostener o promover una política demográfica determinada. Se declara, por otra parte, que corresponde a la familia decidir con entera libertad el tamaño del respectivo grupo familiar y se dispone que se excluirá de los servicios de asesoría que preste la OMS, a petición de los Gobiernos, cualquier actividad de tipo operativo.

El Dr. Valdivieso destaca el papel desempeñado por la Delegación de Chile en la mencionada Asamblea de la OMS, participando en la segunda propuesta y en la resolución final sobre el tema, y enumera las razones aducidas cuando el mismo se discutió. El ritmo acelerado del crecimiento de la

población mundial, experimentado en el presente siglo con intensidad variable en distintos países, tiende a neutralizar los esfuerzos destinados al progreso humano y social de los pueblos. Al compararse la lentitud del desarrollo económico con el crecimiento demográfico, resalta el mayor significado de este, hecho que adquiere mayor importancia en América Latina, cuya población ha crecido, después de 1950, a una tasa superior al 3% anual, habiendo nueve países que superan tal porcentaje. Este crecimiento se debe, fundamentalmente, al mantenimiento de un natalidad elevada, producto de una población eminentemente joven, y a una considerable reducción de la mortalidad, debida al progreso de la medicina. Subraya el Representante de Chile que este ritmo de crecimiento repercute en las condiciones y características de los problemas de salud y en las exigencias de atención médica, especialmente en los grupos de menor edad.

Los cambios producidos por la dinámica de la población pueden suscitar dos clases de problemas: el de la superpoblación y el de la subpoblación, los cuales, dada su relación, tienen por lo menos igual importancia. En muchas ocasiones, se trata de corregir el de la superpoblación sin tener en cuenta las consecuencias graves que para el desarrollo de un país puede tener el fenómeno de la subpoblación posterior. Estima que los problemas de población deben analizarse en forma independiente de los problemas del desarrollo económico y social. La excesiva simplificación del problema, al plantearlo únicamente en términos demográficos, sin considerar todas las otras consecuencias y relaciones con respecto a los demás sectores del desarrollo, puede conducir a una solución incompleta que, aplicada en forma apresurada, originase posteriormente situaciones irremediables. Dado que el individuo, dentro de la sociedad, es a la vez productor y consumidor de bienes y servicios, cualquier cambio numérico que registre la población repercute en el desarrollo económico, puesto que se necesita mano de obra para producir y población para consumir. De esta manera, cualquier cambio en la relación entre población activa y pasiva se refleja en el nivel de vida. Por lo tanto, para que una política demográfica tenga resultados positivos debe considerar, en su planteamiento, todos los factores relacionados con ella, entre los que cabe destacar los hechos económicos, sociales, culturales, etc. Es conveniente también señalar que una gran densidad de habitantes por kilómetro cuadrado, es decir, una gran

<sup>27</sup> Resolución WHA18.49. *Act. of. Org. mund. Salud* 143, 35.



densidad aritmética de población, no es razón suficiente para descartar *a priori* el problema; desde el punto de vista de la superficie, debe considerarse la proporción de tierra útil para la producción agrícola destinada a la alimentación de aquella población.

En cuanto a las necesidades aparentes, la atención prestada a la reproducción humana, y en especial a su control, ha tendido más a la eficacia de los métodos que a la investigación científica básica necesaria para justificar determinados procedimientos, lo que ha contribuido a crear un ambiente de confusión y de intranquilidad en los individuos. Reconoce que muchas iniciativas médicas influyen también en la desorientación existente; la falta de conocimientos sobre diversos aspectos del problema obliga a hacer lo posible por dominar la impaciencia para resolverlo, ya que un análisis superficial del mismo, carente de rigor científico, puede conducir al fracaso. Advierte que cualquier estudio sobre el tema de la reproducción humana debe considerar, en primer término y como hecho fundamental, el respeto a la persona y dignidad humanas, de modo que todo individuo pueda tomar sus decisiones en forma libre y consciente.

El Estado, al reconocer su obligación de respetar la libertad y dignidad humanas, adquiere el compromiso de que los individuos ejerzan libremente sus derechos: entre ellos está el de fijar el tamaño de la familia según sus posibilidades. Corresponde al Estado determinar la existencia de un problema de superpoblación, no sólo en términos numéricos, sino en relación con la capacidad potencial del país para absorber un mayor número de habitantes, siendo preciso, a tal efecto, establecer las metas del desarrollo económico y social encaminado al logro de un nivel de vida mejor; ello permite evitar los peligros de una despoblación futura en términos de desarrollo. Es función del Estado, y en especial de los servicios de salud, proteger la salud de la familia y particularmente la de la madre y la del niño. Así, las actividades estatales deben tener un sentido positivo y establecer las condiciones necesarias para el desarrollo normal del individuo. La creación de una conciencia de paternidad responsable significa que se ha de dar instrucción a los cónyuges no sólo acerca de los riesgos de una aceptación irresponsable y de la existencia de medios de diversa índole para evitarla—decidiendo en forma libre y de acuerdo con su conciencia—sino también acerca del establecimiento de las condi-

ciones necesarias para tener un mayor número de hijos, facilidades de vivienda, educación, etc. También incumbe al Estado decidir sobre la divulgación de información y prestación de servicios y en qué medida deben ser ofrecidos a la población, en cuanto a los problemas relacionados con la reproducción humana. Estima, no obstante, que cualquier actividad que el Estado desarrolle en este campo debe tener carácter subsidiario, atendiendo a la comunidad mientras esta no disponga de los medios necesarios y no esté debidamente organizada para asumir las responsabilidades que le corresponden.

A continuación el Dr. Valdivieso se refiere a la labor realizada en Chile a este respecto. A partir de 1962 comenzaron a desarrollarse, en forma más o menos organizada, las actividades relativas al control de la natalidad. Anteriormente, desde 1938, algunos médicos, en forma privada y limitada, prescribían contraceptivos a su clientela hospitalaria y particular. En mayo de 1962, a raíz de algunas actividades del *International Planned Parenthood Federation*—institución que funciona con fondos privados norteamericanos—y después de una Mesa Redonda celebrada sobre esta materia, el Director General del Servicio Nacional de Salud—a la sazón, el Dr. Gustavo Fricke—creó un comité chileno de protección de la familia, el que posteriormente se afilió al organismo internacional antes citado. El comité orientó sus actividades hacia el control del aborto provocado, ya que algunas investigaciones de carácter epidemiológico realizadas en el país habían demostrado su alta frecuencia y mortalidad. El comité contaba con fondos extranjeros destinados a la adquisición de contraceptivos. A fines de diciembre de 1963, el Director General del Servicio Nacional de Salud—a la sazón el Dr. Alfredo Leonardo Bravo—decidió que este comité debía mantenerse como organismo privado y que, en consecuencia, el SNS no continuara participando oficialmente en actividades de protección de la familia. Sin embargo, por medio de sus miembros, que dirigían servicios de obstetricia y ginecología en Santiago, se continuó utilizando sus recursos para desarrollar sus programas y ofrecer asistencia a los diferentes jefes del servicio de obstetricia y ginecología del Servicio Nacional de Salud del país. Por este procedimiento se está desarrollando esta clase de actividades, con intensidad variable, en unas 14 ciudades chilenas, aparte de Santiago.

Estos hechos, unidos a lo dispuesto en la referida resolución de la 18ª Asamblea de la OMS sobre

los problemas demográficos en relación con la salud, así como la considerable importancia que el Gobierno de Chile atribuye al problema de la natalidad, han determinado la creación de dos comisiones con propósitos más o menos semejantes, pero que actúan en diverso nivel. La primera de ellas, establecida al nivel del Ministerio de Salud Pública, tiene a su cargo funciones de carácter permanente, asesorando al Ministerio y a los organismos que de él dependen en materia de población y familia, formulando proposiciones encaminadas a la orientación de los problemas demográficos, fomentando estudios de investigación y proponiendo normas para coordinar y supervisar las actividades de esta clase que realicen organismos estatales y privados. La comisión sienta las bases para una política demográfica de salud, la cual, al ser coordinada con otros organismos estatales de alto nivel y entidades privadas, facilita el desarrollo de una política demográfica de carácter nacional, de acuerdo con la fijada por el Gobierno. Esta comisión fue creada hace unos seis meses por el Ministerio de Salud Pública—está a cargo del propio Dr. Valdivieso—y se encuentra ya en funciones. Además de establecer vínculos con los diversos organismos nacionales y extranjeros interesados en el tema, está sentando los principios que deben regir toda política activa relacionada con la población y la familia.

La segunda comisión, creada a nivel del Servicio Nacional de Salud, es de carácter transitorio, y tiene como objetivos el informar a la Dirección General de ese Servicio sobre las actividades que desarrollan, en cuanto al control del aborto y la natalidad, los organismos privados que utilizan los medios de que dispone dicho Servicio. La comisión está reuniendo información pertinente a fin de presentar a la Dirección Nacional de Salud un informe sobre la materia, y dar a esta clase de actividades el adecuado planteamiento de carácter técnico y administrativo.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) señala que la viruela está erradicada en su país desde hace varios años; sin embargo, anuncia que cuando se discuta el tema formulará algunos comentarios sobre el particular.

En cuanto al problema demográfico, indica que en el próximo Congreso Venezolano de Salud Pública, que se celebrará en 1966, con motivo del trigésimo aniversario del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, se tratará dicho tema en toda su complejidad. Afirma que un 47% de la pobla-

ción de su país está integrada por menores de 15 años, y que la persona adulta soporta una carga pasiva que es casi el doble a la correspondiente al adulto en países más desarrollados, todo lo cual plantea problemas educativos y problemas en el mercado de trabajo, al que cada año se incorporan aproximadamente unos 80.000 trabajadores. Existe, además, el problema de las migraciones internas, con la habitual ruptura de sus patrones culturales, lo que implica un proceso de adaptación a nuevas modalidades de vida. Surgen así, en el complejo demográfico de un país en vías de desarrollo, una serie de dificultades que, como ha indicado el Representante de Chile, no sólo constituyen problemas de salud sino otros, de orden general, vinculados al progreso económico y social. Considera que dichos problemas merecen ser examinados atentamente, con prudencia y ponderación, para no alterar los conceptos culturales y morales propios de cada país. Cree que tal vez fuera preferible poner de manifiesto la importancia del problema sin indicar los medios específicos para resolverlo.

Respecto a las fundaciones nacionales de salud, el Dr. Castillo Rey pregunta si se trata de entidades orientadas exclusivamente a promover el interés en la comunidad y a recabar fondos privados para reforzar y apoyar los programas de los organismos nacionales de salud, o si ellas mismas van a desarrollar programas de este tipo, para lo cual se necesitaría quizás otro mecanismo que evitase la duplicación de actividades y, por tanto, toda confusión. Tal vez fuese conveniente estudiar los estatutos de algunas fundaciones ya creadas, con el fin de examinar la naturaleza de cada entidad, el alcance de sus propósitos y, sobre todo, la forma en que orientan su labor.

El Dr. OÑATIVIA (Argentina) expone el criterio de su país con respecto al problema del crecimiento demográfico y se muestra coincidente con los conceptos emitidos por el Representante de Venezuela, en el sentido de que es un asunto de extraordinaria trascendencia, en especial para la evolución y progreso de los pueblos latinoamericanos. Considera que las recomendaciones formuladas al respecto por la 18ª Asamblea de la OMS así como las que se deriven de la presente Reunión del Consejo Directivo, deben circunscribirse exclusivamente a recomendar a los países que estudien esta cuestión con el interés que merece, y a encarecer a los organismos internacionales que presten el asesoramiento técnico necesario para que el examen de ella,

en los países respectivos, no se limite exclusivamente al campo de la salud, sino que se enfoque con más amplitud y profundidad, a fin de que se tomen en cuenta las consecuencias económicas y sociales que implica el crecimiento demográfico. Cree que es de particular importancia que no se estimule, en los respectivos países, política alguna de control de la natalidad, ya que cada país enfrenta a este respecto un problema particular y propio, de peculiaridades y características especiales. No deben invertirse los términos del problema, y la aspiración de todos ha de consistir en alentar la realización de los estudios pertinentes, en prestar los servicios de asesoramiento que corresponda, y la asistencia necesaria para que el crecimiento demográfico de los respectivos países pueda ser absorbido por las mejores condiciones económicas y sociales que en ellos se logren. Eso equivale a decir que no se debe reemplazar el pan y la salud que necesitan los pueblos, por pastillas de progesterona para controlar la natalidad.

El Dr. Oñativia pone de manifiesto el interés del Consejo Directivo por la Resolución WHA18.36 de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, relativa a la inspección de la calidad de las preparaciones farmacéuticas, y recomienda especialmente que se tenga en cuenta el informe<sup>28</sup> del Dr. C. A. Morrell, Consultor de la OSP/OMS, sobre las posibilidades del establecimiento de un Laboratorio Internacional de Análisis de Productos Farmacéuticos. Agradece, en nombre de su país, la colaboración directa que la Organización Panamericana de la Salud está prestando a la Argentina, en cuanto a la instalación de laboratorios para controlar la calidad y pureza de productos medicinales. No es necesario encarecer la importancia de este problema, dado el desarrollo alcanzado por la industria químico-farmacéutica en el mundo, que se refleja en la aparición de empresas nacionales, e incluso de filiales de otras de renombre internacional que, salvo contadas excepciones, constituyen un alto exponente de la elaboración de medicamentos destinados a las poblaciones de los países. No obstante, estima que la falta de control en materia de calidad, pureza y posología, da origen a perturbaciones y distorsiones en el correspondiente mercado, lo que obliga a los Gobiernos a adoptar las medidas pertinentes. Informa que en ese sentido, la Argentina está estructurando de nuevo todos sus organismos técnicos y ha establecido un Instituto de

Farmacología y Normalización de Drogas y Medicamentos. A continuación, anuncia que su país presentará un proyecto de resolución con el objeto de felicitar al Director de la OSP por la prontitud con que la Oficina ha iniciado su colaboración con los Gobiernos para dar cumplimiento a la citada Resolución WHA18.36 de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud; recomendar a la Oficina que continúe los estudios sobre la posibilidad de establecer laboratorios internacionales de análisis de productos farmacéuticos que puedan actuar como laboratorios de referencia para los Países Miembros, y solicitar del Director que informe a la próxima Reunión del Consejo Directivo sobre el resultado de estos estudios, así como de las posibilidades que ofrece la OPS para brindar una ayuda más amplia en el desarrollo de proyectos de este tipo.

Asimismo, el Dr. Oñativia desearía que en dicho proyecto de resolución se recordara a los diversos países las recomendaciones de la Reunión de Ministros de Salud, formuladas en abril de 1963, en el sentido que se adopten las medidas necesarias para regular el aspecto económico del mercado farmacéutico, a fin de que los precios de estos productos sean asequibles para la mayoría de las poblaciones, teniendo en cuenta que los aspectos técnicos y económicos de los medicamentos en circulación constituyen un todo indisoluble.

El Dr. FERREIRA (Brasil) expone sus puntos de vista en relación con la erradicación de la viruela y también en cuanto al crecimiento de la población. Refiriéndose a la primera, recuerda que en la mayoría, por no decir en la totalidad de los países de las Américas, sobre todo de América Latina, los organismos de salud se encuentran estructurados sobre la base de las campañas contra las grandes epidemias de la época. La salud pública se inició—por así decirlo—combatiendo las verminosis, la malaria, la peste bubónica, la fiebre amarilla, y otras enfermedades. Tales fueron las actividades verticales, de las que se derivaron, especialmente en América Latina, los organismos de salud. A su juicio, esta actuación y estructura en sentido vertical carece de la correspondiente estructura horizontal, formada por los servicios básicos que constituyen la infraestructura de la salud pública. El problema actual estriba en que, si bien se está en condiciones de erradicar enfermedades—e incluso es posible llegar a erradicarlas de determinadas zonas—siempre falta esa infraestructura, sobre la cual ha de basarse, con carácter permanente, toda actividad encaminada a

<sup>28</sup> Documento mimeografiado CD16/19, Addendum II, Anexo II.

alcanzar dicho objetivo. Si se tiene en cuenta que, según el informe presentado, el 50% del área malárica de las Américas se halla aún en fase de erradicación o de estudio y las campañas de erradicación se encuentran en una fase que puede llamarse inicial, cree el Dr. Ferreira que convendría considerar la conveniencia de llevar a cabo esas actividades de carácter vertical en una forma tal que vayan formando la referida infraestructura.

Como ejemplo de lo que ocurre en América Latina se refiere a la situación a que da lugar el establecimiento de un sistema de erradicación de la malaria. Señala que, por lo general, se contratan los servicios de cualquier individuo analfabeto para rociar o vaporizar las paredes de determinadas viviendas y, con tal motivo, se monta una compleja maquinaria burocrática. Esa persona es la única que entra en contacto con las zonas del interior de los países y representa para la población el único elemento de salud pública con el cual se relaciona; pero no se dispone de infraestructura alguna al respecto. Estima, por lo tanto, que ha llegado el momento de organizar campañas y servicios de carácter vertical de modo que, una vez cumplida la misión que les corresponde, se transformen automáticamente en esa infraestructura que tanto falta en las Américas. Afirma que desde el punto de vista médico, los sectores rurales de la región continúan en estado primitivo, valiéndose de charlatanes o curanderos: no existe organismo permanente alguno que realice una labor sanitaria, y cree que tal organismo podría formarse con el personal que se utiliza en las campañas verticales.

En cuanto al problema demográfico, el Dr. Ferreira se refiere a su participación en la 18ª Asamblea Mundial de la Salud y observa que, con respecto al tema, siempre parece haber necesidad de recurrir a términos que hieren la sensibilidad latinoamericana. Los problemas demográficos, la dinámica de la población, no son sino el control de la natalidad. Sea cual fuera la denominación del problema, este tiene repercusiones morales, culturales, tradicionales y económicas y, como muy bien han indicado los Representantes de Chile y Venezuela, se nos considera casi como una especie de culpables del problema de la superpoblación y hemos de redimirnos de nuestro crimen de permitir la estableciendo sistemas de reducción de la natalidad. Por otra parte, esto no puede llevarse a cabo gratuitamente: los contraceptivos, sean de materia plástica o en forma de píldoras, tienen su precio.

Hasta la fecha, no se sabe de ningún país que haya determinado el costo de la reducción de la natalidad, o si esta reducción resultaría más cara que continuar manteniendo un bajo índice de mortalidad, lo que sería paradójico. Muchos incluso considerarían satisfactoria la idea de que para limitar el incremento de las poblaciones bastaría con dejarlas morir en paz. Sin embargo, este criterio no es el punto de vista que corresponde adoptar, sino precisamente el que se debe combatir.

Termina el Dr. Ferreira manifestando que la importancia del problema es tan considerable que ni la OPS ni la OMS deben participar, a título gratuito, en campañas para limitar la natalidad, ni empeñarse en emprender actividades operacionales ejecutivas, como lo han manifestado claramente los oradores que lo han precedido. Declara que, por tanto, en la interpretación de este problema se complace en adherirse al criterio de la mayoría de los miembros del Consejo Directivo.

El Dr. VALDIVIESO (Chile), refiriéndose al problema de los medicamentos, manifiesta que estos constituyen un aspecto del problema de la salud que se plantea tanto en su país como en muchos otros. Mientras el desarrollo económico de los países sea limitado, los medicamentos supondrán una partida importante en los presupuestos de salud, y hace constar que, en Chile, los gastos en productos farmacéuticos representan del 18 al 20% del monto de esos presupuestos. En 1963, los gastos de salud *per capita*, ascendieron a 66 escudos, o sea unos 50 dólares. Ese mismo año, los gastos en productos farmacéuticos representaron exactamente un 18% de los gastos de salud, o sea, 12 escudos *per capita*.

Considera que la forma de abordar este problema es la indicada en el informe del Dr. C. A. Morrell, distinguido técnico en materia de control de calidad de los medicamentos, quien se encuentra actualmente en Chile asesorando al Ministerio de Salud Pública en la organización de los servicios de control de productos farmacéuticos que van a establecerse. Esta cuestión tiene sin duda diversos aspectos, entre los cuales cabe mencionar el establecimiento de controles estrictos de calidad. Desde otro punto de vista, frecuentemente se hace mal uso de los medicamentos. Todos los médicos clínicos saben perfectamente que si se eliminara el 50% o más de los medicamentos existentes en el mercado, ningún habitante de este planeta se perjudicaría ni mucho menos perdería la vida por ello. La buena y exacta selección de tales productos debe constituir otra de

las medidas encaminadas a mejorar las condiciones de administración y suministro de los mismos en los servicios de salud. En ese sentido, se está preparando en Chile un formulario nacional, redactado por un comité de expertos en la materia, compuesto de farmacólogos, clínicos y especialistas, así como de profesores de las facultades de química y farmacia, veterinaria y odontología, que dictaminará sobre la utilidad, aceptación o rechazo de cada medicamento. Es indispensable asegurar de antemano la calidad de las líneas de productos farmacéuticos que han de ser utilizadas por el Servicio Nacional de Salud y por todos los servicios estatales de Chile, y que podrán distribuirse a la población.

Aunque en el informe del Dr. Morrell se ha resuelto en gran parte la cuestión de la calidad de los medicamentos—sobre todo en cuanto a identidad, pureza, esterilidad y actividad de los mismos, no sólo en el momento de su distribución sino antes de su elaboración—los países latinoamericanos, que importan gran cantidad de materias primas farmacéuticas, tienen necesidad de controlar la calidad de dichas importaciones, precisando asistencia técnica no sólo para el montaje de laboratorios y muchas veces para la formación de químicos y farmacólogos, sino también para efectuar los pedidos de las materias primas correspondientes en el mercado mundial. Reconoce el Dr. Valdivieso que no resulta fácil para estos países efectuar tales adquisiciones y asegurar, al mismo tiempo, la calidad de lo adquirido. Cree que en este aspecto la Organización puede fomentar una política de indudable utilidad, contribuyendo así a resolver un problema que no sólo afecta a Chile, sino también a otros países.

Indica que, como es obvio, los gastos en productos farmacéuticos en los países de gran desarrollo económico no constituyen problema alguno. En general, en los Estados Unidos de América, el comprador de un medicamento paga el precio que se le pide por él, sin que ello se traduzca en una merma en su alimentación, ni se refleje en restricciones en su vivienda, vestuario o educación. Pero en un país como Chile, donde el Estado tiene fundamentalmente a su cargo la atención médica de la población—en la actualidad la de un 60% de la misma, proporción que llegará al 80% cuando se aprueben las leyes propuestas—estos gastos en productos farmacéuticos merecen toda clase de consideraciones.

*Se suspende la sesión a las 10:45 a.m.  
y se reanuda a las 11:15 a.m.*

El Dr. ALONSO MENÉNDEZ (Cuba) manifiesta que ha escuchado atentamente las observaciones formuladas sobre la situación demográfica mundial así como las recomendaciones de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, en la que Cuba expresó sus opiniones, habiéndolo hecho también en la reciente reunión de Belgrado. Señala que, en su país, que tiene alrededor de 115.000 km<sup>2</sup>, y una población de 7,5 millones de habitantes, con un índice demográfico de 58 habitantes por km<sup>2</sup> y una natalidad de 3,3 por 100 habitantes, no se prevé por ahora la necesidad de control de la natalidad, aunque en el programa maternoinfantil que comenzará a desarrollarse en enero del próximo año está prevista la planificación familiar. Dicha previsión se debe a que la población se concentra en las grandes ciudades del país, siendo en cambio muy baja su densidad en las zonas más ricas, como la costa norte de la Provincia de Oriente y la Provincia de Camagüey. La población ha ido aumentando debido sin duda al sistema social que rige en nuestra gobernación—dice—pues da seguridad a la familia que se preocupa menos por su crecimiento. En lo que respecta a la mano de obra para el desarrollo de los planes nacionales, sobre todo en las zonas agrícolas, aunque también en las grandes ciudades, es cierto que se plantean problemas graves, habiendo tenido que recurrir inclusive a trabajadores voluntarios para poder efectuar y desarrollar esta planificación agrícola e industrial. Sin embargo, en Cuba, las familias, en su conciencia y en su libertad, pueden determinar hasta dónde ascenderá su número. Asegura que se ofrecerá asesoramiento a la población a este respecto y que las autoridades solicitarán de la Organización, en su oportunidad, el que juzgue necesario para llevar a cabo estos planes.

En lo concerniente al problema de los medicamentos, señala que su país cuenta con una industria nacionalizada y un monopolio de comercio exterior, que han modificado completamente el panorama. En Cuba existía una línea de productos cuyo número excedía de 15.000. Al crearse el formulario nacional, para planificar y dirigir la fabricación nacional, se ofrecen en él 800 productos, cantidad más que suficiente para resolver los problemas de salud del pueblo. En cambio, no hay una industria química, por lo que el país tendrá que importar toda la materia prima, y surgirán, sin duda, dificultades en los aspectos de investigación farmacológica y

técnica de fabricación, pero afirma que estas dificultades se van superando mediante asesoramiento y becas.

En cuanto al control de medicamentos, considera que se ha avanzado algo, pero no lo suficiente para sentirse plenamente satisfecho. De todos modos, la situación de la medicina es ahora totalmente distinta en el país. Se ha llegado a una reducción de un 58% en los precios, en relación con los de 1958, y la seguridad social ofrece medicamentos gratuitos en todos los centros de salud. Esta situación ha beneficiado el desarrollo de algunos programas y ha modificado los grandes problemas de esta índole. Termina reiterando que Cuba no sustentará, por el momento, frente a las necesidades nacionales, el control de la natalidad como un programa de Gobierno.

El Sr. SIEGEL (Subdirector General, OMS) señala que el Representante de Venezuela ha planteado una atinada cuestión relativa al carácter de las fundaciones nacionales pro salud mundial, a la que le complacería contestar. Es evidente, dice que al tratar de que su presentación del tema fuera lo más breve posible, no ha dado una explicación suficientemente detallada del plan proyectado que la OMS está en proceso de llevar a la práctica. En realidad, el problema concreto planteado por el Dr. Castillo Rey ha sido objeto de considerable atención por parte de la Organización Mundial de la Salud, ya que su deseo es el de garantizar que no se produzca duplicación de las actividades de la OMS en ninguna parte del mundo. Por consiguiente, desde un principio se ha proyectado que las fundaciones que tratan de crearse aporten sus recursos financieros a través de la OMS o de sus organizaciones regionales. Estos recursos podrían destinarse a proyectos específicos de determinados países o a los objetivos generales de la Organización. Ahora bien, las actividades se llevarían a cabo por medio de los servicios de la OMS y de sus organizaciones regionales. Considera importante llamar la atención del Consejo Directivo sobre el hecho de que cada Junta de Directores de las fundaciones nacionales pro salud mundial será independiente y tomará sus propias decisiones en cuanto a los proyectos que se financien con fondos aportados por la respectiva fundación. La OMS ha preparado también un acuerdo, que será firmado por cada una de las fundaciones, en virtud del cual se utilizarán los servicios de la OMS para prestarles asesoramiento técnico, concediéndoles también el derecho a utilizar

el título de Fundación pro Salud Mundial. Si en el futuro surgiera cualquier dificultad se podría retirar este derecho, de conformidad con las disposiciones del acuerdo. Añade el orador que se complacerá en facilitar a los miembros del Consejo Directivo una copia de la Constitución de la Fundación de los Estados Unidos de América, pero que no puede disponer de ella hasta la próxima semana, ya que es conveniente traducirla al español.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) precisa que de las resoluciones del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea Mundial de la Salud que han sido objeto de debate en esta Reunión, las relativas a malaria y viruela figuran en los respectivos temas especiales del programa del Consejo Directivo y Comité Regional, por lo que estima conveniente aplazar cualquier observación sobre dichas materias. Subraya que dos de las resoluciones que han despertado la mayor atención del Consejo se refieren, una, al control de productos farmacéuticos, y otra, al problema demográfico. Agradece el interés que los Representantes han dedicado de modo especial a la primera cuestión y se muestra complacido por el apoyo que prestan a las actividades iniciadas al respecto por la Organización, siguiendo los lineamientos de la resolución de la mencionada Asamblea.

Destaca seguidamente, en cuanto a los productos farmacéuticos, que el papel de la Oficina, como organismo internacional, consiste en asesorar a los Gobiernos, primero, para facilitar el adiestramiento de técnicos, segundo, para organizar sus propios servicios de control de calidad y, tercero, para hacer posible el establecimiento de laboratorios o institutos, a los que los países puedan recurrir con el fin de resolver los problemas de control de la calidad que no puedan ser resueltos en el seno de cada uno de ellos, con respecto a cuyos resultados haya diferencias de opinión. Por esa razón, la Oficina invitó al Dr. C. A. Morrell—que durante 25 años ha sido Jefe del Laboratorio de Control de Drogas y Alimentos del Canadá, y que colaboró asimismo con la Organización en el pasado, asesorando a algunos países—a que proporcionase a la Oficina su valiosa experiencia, dando su opinión en cuanto a la idea de crear un centro dedicado a adiestrar técnicos, analizar muestras de productos de importación que los países envasan, pero que con cierta frecuencia no están en condiciones de analizar, y dirimir aquellos problemas que en materia tan compleja no dejan de plantearse, ya que se trata de un aspecto de la ciencia que ha progresado y seguirá progresando

aceleradamente. El Dr. Morrell considera que la iniciativa de crear dicho centro es factible, e indica en su informe la estructura que debe tener. Dice el Dr. Horwitz que no se trata de una empresa sencilla, pero que se estima que corresponde a la política general de la Organización que, con frecuencia cada vez mayor, aborda cuestiones de interés internacional, por lo que anuncia que en momento oportuno se presentará el correspondiente estudio a la consideración del Consejo. La OPS está convencida de que el progreso alcanzado en los últimos 20 ó 30 años ha permitido dar a muchos de los Gobiernos los recursos necesarios para resolver los problemas básicos de salud, ya que cuenta con las capacidades necesarias, radicando habitualmente sus limitaciones en la escasez de fondos. Añade que con el respaldo que hasta aquí se ha recibido, y que se espera sea confirmado si se aprueba el proyecto de resolución preparado por la Delegación de Argentina, confía en que se podrán proseguir estas iniciativas.

Subraya el Dr. Horwitz que un instituto de la naturaleza del que se propone, no es una empresa barata. A su juicio, debe contar con los equipos adecuados para analizar cualquier tipo de medicamento que se encuentre en el mercado y que aparezca en el futuro, aunque cree que ello no debiera ser un impedimento; debe disponer además de técnicos de altísima calidad y estos son muy escasos en el mundo entero. Señala que durante largo tiempo la Organización no pudo llevar a cabo proyectos de esta clase, que figuraron en el presupuesto, porque los servicios en donde esos técnicos trabajan no podían cederlos ni siquiera por un lapso breve, lo que evidencia la apremiante necesidad de organizar en las Américas uno o dos de esos institutos a fin de acelerar la formación del personal competente. Estima que tal adiestramiento deberá ser de larga duración para que los técnicos sean de buena calidad. Indica que el objetivo que se vislumbra consiste en que en todos los países exista un laboratorio de control y que el centro que se cree pueda entonces limitar sus actividades a complementar las insuficiencias que en un momento dado tengan esos laboratorios nacionales. Estima que se trata de una meta a muy largo plazo.

A este respecto, desea adelantar que, en forma muy preliminar, la Oficina ha consultado, por intermedio de la OMS, al Fondo Especial de las Naciones Unidas, para ver si la mencionada idea cabe dentro de la política de dicho organismo e informa

que, también en principio, se le ha dado una respuesta afirmativa, sugiriéndole que prosiga la preparación de un documento, que debiera acoger algún país porque uno tendrá que ser la sede de este centro internacional. Por otra parte, siguiendo una línea similar a la del INCAP y a base del Laboratorio de Control de Drogas del Gobierno de Panamá, que tiene su sede en la Universidad de Panamá y que viene prestando excelentes servicios, los países de Centro América, por medio de sus Ministros de Salud, acordaron, en su IX Reunión celebrada en 1964, que el Laboratorio de Panamá sirviera de referencia para los seis Gobiernos del Istmo. Esta decisión fue ratificada en su X Reunión, a la que asistieron el Director General de la OMS y el Director de la Oficina, a invitación del Ministro de Salud Pública de Panamá. El Dr. Horwitz manifiesta que la Oficina reiteró su deseo de colaborar en algo que, como lo proyectado, también forma parte de la integración económica de América Latina, porque se trata en realidad de una variante de un solo proceso. Agrega que la Oficina, accediendo a la solicitud de información, dará cuenta al Comité Ejecutivo, si en el momento en que este se reúna se ha logrado un importante adelanto en este asunto y, en todo caso, informará a la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana de la situación del proyecto. Expresa su confianza en que para entonces ya sea posible plantear en forma exacta lo que el mismo va a significar. Mientras tanto, como se ha hecho con los Gobiernos de Argentina y Chile, que tuvieron a bien solicitarlo así, la Organización está en condiciones de asesorar a otros Gobiernos que se interesen sobre los aspectos de carácter nacional de este problema.

El Dr. Horwitz manifiesta su complacencia por la forma en que se ha desarrollado el debate en torno a la resolución de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud sobre el problema del crecimiento de la población (WHA18.45) y se refiere a los pasos que se han estado dando en los dos últimos años sobre la base de las recomendaciones del Comité Consultivo de Investigaciones Médicas de la OMS y del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas de la OPS. Recuerda la importantísima labor que la Sede de la OMS está realizando para penetrar en el conocimiento de los aspectos fisiológicos, bioquímicos y de otra índole del fenómeno de la reproducción humana. Hace constar que, de común acuerdo con el Director General de la OMS, la Oficina se ha interesado por las investigaciones de

orden epidemiológico, estudiando lo que tal vez podría llamarse la epidemiología de la reproducción humana, e informa que, desde hace algún tiempo, se celebran consultas con el Gobierno del Perú para que el Ministerio de Salud Pública realice en comunidades seleccionadas del país un estudio longitudinal, es decir de plazo para registrar los distintos acontecimientos que están en estrecha y directa relación con la reproducción. Se espera que este estudio, que no es simple, pueda concretarse en el Perú y en otros países, porque así se ha interpretado en buena medida lo que aquí se ha dicho y la necesidad de conocer nuestra propia realidad, a fin de que los Gobiernos, con arreglo a su propia política, puedan adoptar decisiones.

Ante el convencimiento de que América Latina no dispone de técnicos para abordar íntegramente el problema demográfico, como lo señaló el Dr. Valdivieso, siguiendo las líneas del proceso de planificación, le complace informar que a principios del año en curso se reunió en São Paulo, Brasil, un Comité de Expertos para estudiar las bases de un programa de adiestramiento sobre dicho tema. Se contó con la asesoría excelente de la Universidad de Harvard, de la Universidad de Princeton, de la Fundación Milbank y actualmente se llevan a cabo conversaciones que están ya muy avanzadas con la Escuela de Salud Pública de São Paulo y la de Chile, a fin de iniciar, a partir del año próximo, un curso de cuatro a cinco meses, sobre dinámica de las poblaciones y salud. Manifiesta su confianza en que, en dicho curso, expertos o personas seleccionadas por los Gobiernos del Continente analicen esta cuestión en su integridad, así como los métodos adecuados para reunir la información que corresponde en cada país, de tal manera que en el transcurso de pocos años se pueda constituir, a nivel nacional, un grupo de personas capaces de reunir los antecedentes que faciliten las determinaciones que cada Gobierno desee hacer, cualquiera que sea su política general. La Oficina confía, además, en que después de uno o dos años de experiencia, otros países puedan organizar cursos similares y acelerar dicho proceso, porque parece que así la Organización podrá colaborar en un asunto que es de por sí tan delicado. Por todo eso, considera que el debate, que siempre sirve de guía, ha sido muy estimulante.

Informa a continuación que el 7 de enero de 1965 se invitó a representantes de organizaciones públicas y privadas de los Estados Unidos de América, interesadas en este problema, a una reunión en la

que participaron también destacadas personalidades de universidades, instituciones privadas y fundaciones, las cuales indicaron las líneas de acción que seguían en relación con dicha cuestión y sugirieron a la Oficina que sirviera de punto de apoyo, en el futuro, para un intercambio de opiniones sobre la materia. Señala que con ese objeto se proyecta organizar una nueva reunión, a principios del año próximo, y posteriormente se distribuirán las informaciones que se obtengan. Afirma el Dr. Horwitz que ello significa que la Oficina Regional no ha estado ajena a dicha inquietud, sino que, muy por el contrario, ha tratado de interpretar las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, como va a interpretar lo que resuelva el Consejo, en donde el problema del crecimiento demográfico se plantea por primera vez con tanta amplitud.

El Dr. QUIRÓS (Perú) agradece muy sinceramente tanto al Director General de la OMS, como al Director de la OSP, la colaboración que están prestando al Gobierno de su país en relación con este problema de la población. Informa que el Director de la OSP ha puesto a disposición del Gobierno del Perú a un funcionario para que organice la oficina ejecutiva de un centro de estudio de población y desarrollo, que ha sido establecido en dicho país a iniciativa del Presidente de la República, quien tiene especial interés en estudiar los problemas de la población y los programas de desarrollo económico y social. Señala que acaba de recibir del Gobierno de su país un documento en el que se solicita la contribución de la Organización Mundial de la Salud para la realización de los estudios a que ha hecho mención el Dr. Horwitz.

El PRESIDENTE anuncia que los proyectos de resolución presentados serán distribuidos y sometidos a consideración y a votación posteriormente.

**Tema 26: Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de la seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud**

El Dr. BRAVO (Asesor Especial, OSP) comienza señalando que en numerosas oportunidades, en el curso de los últimos años, los Representantes y participantes en diversas reuniones de la Oficina Sanitaria Panamericana, como asimismo de organizaciones internacionales, entre ellas la Organización de los Estados Americanos, han expresado su inquietud



tud por la falta de coordinación que existe en la mayoría de los países latinoamericanos entre los servicios médicos dependientes de las instituciones de seguridad social y los Ministerios de Salud, falta que, con frecuencia, se traduce en deficiente utilización de recursos y duplicación de servicios y llega a convertirse en un obstáculo para la ordenada planificación del desarrollo economicosocial de los países de las Américas.

La OPS se ha venido preocupando del problema desde que se incluyó la atención médica en los programas integrados de salud que forman parte de la asistencia técnica a los países. Hace constar que en el Documento CD15/15,<sup>29</sup> que sirvió de introducción a este mismo tema ante la XV Reunión del Consejo Directivo, se hizo una recapitulación histórica de las distintas etapas que ha cumplido este programa de actividades.

Entre esas etapas, cabe subrayar especialmente que durante la 50ª Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS (abril-mayo de 1964), el Representante de México, refiriéndose a la falta de una relación satisfactoria entre los Ministerios o Secretarías de Salud y los institutos de seguridad social, planteó<sup>30</sup> la cuestión de si no sería oportuno que la Organización interviniera en el estudio de un problema tan trascendental. Se acordó, por lo tanto, incluir el tema en el programa de la XV Reunión del Consejo Directivo.

En dicha Reunión se destacaron, en un amplio debate,<sup>31</sup> las opiniones de aquellos Representantes que, reconociendo la importancia de los seguros sociales como mecanismo financiero del bienestar social, señalaron la necesidad indispensable de establecer una colaboración estrecha entre esos servicios y los de los Ministerios de Salud, y subrayaron que tal colaboración debía ser el resultado de la planificación integral de los correspondientes servicios bajo una sola autoridad rectora de la política de salud, función que constitucionalmente incumbe a los Ministerios de Salud.

En esa misma Reunión, el Director de la OPS señaló al respecto que el asunto presenta complejidades de carácter político, financiero e institucional, por lo que debería ser manejado con prudencia, sometiendo todos los antecedentes a un Grupo de Estudio, sin representación oficial de los países, de carácter puramente técnico, y compuesto de per-

sonalidades con experiencia en el campo de la seguridad social y en el de la salud pública que analizaran el problema en todos sus aspectos y formularan proposiciones sobre las medidas que se podrían adoptar para promover esta coordinación que todos desean.

El Representante de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), por su parte, hizo notar que esa Organización "tiene a su cargo la misión de promover la justicia social en el mundo y la protección de los trabajadores, tanto contra las enfermedades como contra los accidentes originados en el trabajo". Con tal finalidad, la OIT se guía por la Declaración de Filadelfia, que le fijó, entre otras, la función de promover "la aplicación por los Gobiernos de principios y medidas para la conservación, mejoramiento y restablecimiento de la salud de los trabajadores".

En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución XL,<sup>32</sup> aprobada al final del debate por el Consejo Directivo, la Oficina contrató los servicios de un Asesor Especial, quien preparó un documento de trabajo,<sup>33</sup> en el que se analiza en todos sus aspectos el tema de la correlación entre los Ministerios de Salud, las instituciones de la seguridad social y la profesión médica. Dicho documento fue sometido a un Grupo de Estudio que se reunió en Washington, D.C., del 12 al 16 de julio de 1965, y cuyo informe final se somete a la consideración del Consejo Directivo en el Documento CD16/25.<sup>34</sup>

En el mencionado informe se exponen los antecedentes históricos que parecen haber influido en la actual falta de coordinación entre los organismos públicos y privados que prestan atención médica a la colectividad, y se deja constancia de que la incoordinación no sólo es interinstitucional, sino también intrainstitucional, entre los distintos departamentos de los Ministerios o Secretarías de Salud y entre las diferentes Cajas de Previsión Social en sus relaciones mutuas. Se señala, además, que dicha situación se refleja incluso en las organizaciones internacionales, cuya asistencia técnica no siempre se facilita defendiendo iguales principios ni aplicando una metodología de trabajo semejante.

El Grupo de Trabajo ha dado la siguiente definición de lo que debe entenderse por coordinación: "la ordenación metódica en el uso de todos los

<sup>29</sup> Documento Oficial de la OPS 60, 336-342.

<sup>30</sup> *Ibid.*, pág. 220.

<sup>31</sup> *Ibid.*, págs. 106-109, 109-115, 197.

<sup>32</sup> Documento Oficial de la OPS 58, 42-43.

<sup>33</sup> Publicado en *Administración de servicios de atención médica. Publicación Científica de la OPS* 129, 6-52.

<sup>34</sup> *Ibid.*, págs. 53-65.

recursos humanos y materiales disponibles en las distintas instituciones públicas y privadas para el cuidado de la salud". Reconoció, sin reservas, que la planificación, al incorporar el sector salud al desarrollo económico y social, es la mejor fuente de coordinación intra y extrasectorial y que, a través del trabajo en conjunto de los Ministerios de Salud con las instituciones de previsión social, se puede esperar que algún día se alcance la integración de ideales y de acciones. Destacó la importancia de las medidas de higiene ambiental y de epidemiología que, a través de la prevención de enfermedades, permiten una reducción de las tasas de morbilidad y, por tanto, rebajan la demanda de servicios de atención médica.

El Grupo consideró, además, que es indispensable dar los pasos necesarios para incorporar a los campesinos a los beneficios de la seguridad social y que este objetivo sólo se podría cumplir a través de una reforma agraria que facilitara los recursos para un financiamiento progresivo del sistema. Se recomendó, también, la uniformación de los beneficios como una fórmula de coordinación. Se analizaron los recursos humanos, especialmente en lo que se refiere a médicos y otros profesionales que constituyen el equipo de salud, y se señaló la conveniencia de invitarlos a participar en el proceso de planificación.

Finalmente, por lo que se refiere a costos y financiamiento, el Grupo indicó que la primera medida que debería tomarse consistía en obtener la utilización máxima de la capacidad instalada y de los recursos humanos disponibles y que, sólo después, se podría plantear el aumento de recursos, sobre la base de estudios serios acerca de la estimación de necesidades y de cálculos de la demanda, a fin de que los nuevos recursos fuesen exactamente proporcionales a las necesidades efectivas.

Considerando la gran falta de información que existe sobre el problema, hecho que a veces lleva a formular declaraciones que no están fundamentadas en datos objetivamente analizados, el Grupo de Trabajo recomendó unánimemente que en los países que deseen participar se patrocine una encuesta dirigida y controlada por los organismos internacionales, a fin de conocer la esencia misma del problema y buscar la solución de este con criterio técnico y a la luz de las tradiciones y características imperantes en cada país. Se recomendó, igualmente, que se realice un esfuerzo internacional constante para promover la coordinación de estos servicios en

los países, y que, al mismo tiempo, se organicen seminarios de estudio destinados especialmente a los grupos de dirigentes sindicales, así como que se propicie la organización de las comunidades locales, con objeto de obtener su comprensión y colaboración ilustrada, en beneficio de la coordinación de los distintos servicios públicos de atención médica.

El Dr. Bravo señala que el Director somete a la consideración del Consejo Directivo este informe del Grupo de Estudio, como un documento preliminar en el análisis de un problema que es, de por sí, complejo y polémico. En vista de que no hay una fórmula única que sea aplicable en todos los países, habrá que dar al problema soluciones en armonía con las tradiciones históricas, el sistema jurídico, la realidad administrativa y demográfica nacionales, y también a tono con los recursos humanos y materiales disponibles. Para comenzar el estudio de estos diversos aspectos, es indispensable reunir la información de orden local que permita, en etapas posteriores, hacer un diagnóstico realista de la situación nacional y recomendar las soluciones más adecuadas.

Es obvio, como se dice en el informe final del Grupo de Estudio, que sólo la planificación integral del desarrollo económico y del progreso social como un proceso armónico, que tome en cuenta la utilización racional de la capacidad instalada actual, podrá llevar una coordinación efectiva de los recursos de los distintos organismos públicos y privados que participen en la concesión de prestaciones médicas a la colectividad. A fin de conseguir estos resultados, es necesario que cada país emprenda, una vez conocido el inventario de sus recursos, un cuidadoso análisis estadístico y de costos de las necesidades previstas, en función de la demanda de servicios y de la capacidad para formar el personal idóneo, en un plazo razonable, para el funcionamiento de nuevos servicios. Para esto se requiere una planificación centralizada del sector salud, la que debe efectuarse en el Ministerio de Salud, en su calidad de órgano responsable de la política de salud del Gobierno y, en consecuencia, de coordinador máximo de la labor de salud de todos los servicios públicos y privados.

Añade el Dr. Bravo que es probable, sin embargo, que un buen número de países latinoamericanos no estén aún preparados para alcanzar una planificación integral de su economía y de sus servicios médicos y sociales. Mientras esta etapa se alcanza, se pueden dar algunos pasos preliminares encamina-

dos a promover una coordinación progresiva, con el objeto de utilizar mejor sus recursos disponibles. Entre estas medidas cabe mencionar el empleo conjunto de locales y equipos e instalaciones, la prestación mutua de servicios en los lugares en que sólo existe una institución.

Indica que en este período preliminar, correspondería a la OPS la función de servir de centro de información, de referencia y de consulta para los países, a fin de darles a conocer la organización y resultados de todas estas experiencias locales. Por otra parte, podría organizar seminarios, cursos, grupos de estudio y otras actividades, con el fin de divulgar en la Región los conceptos y la práctica de la coordinación, no sólo entre los administradores de servicios, sino también entre el personal médico y los usuarios.

Por último, el Dr. Bravo señala que en países que se encontrasen en etapas más avanzadas de su planificación de salud, la Oficina podría organizar cursos para la formación y adiestramiento de personal especializado en la administración de servicios médicos y de seguridad social, como también difundir estos conceptos en instituciones laborales y comunitarias, con miras a asegurar la cooperación activa e inteligente de los usuarios de dichos servicios.

El Dr. ESQUIVEL (Panamá) señala que la presentación del Dr. Bravo sintetiza el informe del Grupo de Estudio, en el cual estuvieron representados los siguientes países: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela, y donde también participaron un gran número de asesores. Agrega que este trabajo responde a una necesidad reconocida por todos los funcionarios de salud pública de América Latina y se considera como un dilema, cuya solución tropieza con grandes obstáculos. Es evidente la diversificación de funciones, la repetición de prestaciones, la mala utilización de los fondos disponibles, así como también el hecho de que las instituciones de seguridad social se alejan cada día más de los problemas globales de salud pública a que hacen frente los países. En su discurso pronunciado ante el Grupo de Estudio el Dr. Horwitz presenta el problema en forma muy sencilla y se pregunta: "¿La incoordinación reinante entre los servicios médicos de las instituciones de seguridad social y los Ministerios de Salud obedece sólo a causas convencionales, derivadas de una falta de definición jurídica del campo de acción de cada

cual? O, a la inversa, ¿tiene sus raíces más profundas en un proceso económico y social característico de los países en desarrollo? ¿Cómo facilitar al Estado el cumplimiento de su obligación de proveer cuidados de salud, en lo posible para toda la comunidad, y la coordinación global de los recursos de que dispone?"<sup>35</sup> Se establece que debe haber una planificación de las necesidades de los países bien encuadrada dentro de los recursos de que disponen.

El Dr. Beryl Frank, Jefe del Programa de Seguridad Social de la OEA, declaró en la reunión del Grupo que "todos tenemos conciencia de que vivimos un momento histórico que espero va a iniciar una nueva etapa en las relaciones entre los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social".<sup>36</sup> En dicha declaración también se supone que se está viviendo una etapa inefectiva o negativa en las relaciones entre los Ministerios de Salud y dichas instituciones.

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana pidió que a esta Reunión del Consejo se invitase a representantes o a los directores médicos de seguridad social de los diversos países, considerando este paso como fundamental para comenzar a desarrollar este momento histórico de mejor coordinación y establecer los organismos de planificación que pudieran vincular estos dos servicios. El Dr. Esquivel ignora cuál haya sido el resultado de esa invitación del Dr. Horwitz. Sin embargo, cree entender por una encuesta muy personal que estaba haciendo entre los Ministros a quienes conoce, que la invitación no fue cumplida, como hubieran sido los deseos del Director. Opina que es una verdadera lástima que esto haya sucedido, porque se trata de un tema de singular importancia para ser examinado en esta Reunión del Consejo Directivo y los debates que aquí se desarrollen tendrían una enorme trascendencia si esos directores médicos de seguridad social de los países de las Américas pudieran escuchar y discutir algunos de los problemas con que tropiezan.

Antes de terminar su intervención, el Dr. Esquivel pregunta a la Presidencia si podría invitar al Director Médico General de la Caja del Seguro Social de Panamá, Dr. Luis Domingo Alfaro, a que dirija la palabra al Consejo, en nombre de la Delegación de Panamá y de la Caja del Seguro Social de Panamá, ya que él ha leído el informe y lo ha discutido con la representación de su país.

*Se levanta la sesión a las 12:05 p.m.*

<sup>35</sup> *Publicación Científica de la OPS* 129, 4.

<sup>36</sup> *Ibid.*, pág. 54.

## SEPTIMA SESION PLENARIA

*Jueves, 30 de septiembre de 1965, a las 3:10 p.m.*

*Presidente: Dr. JUAN JACOBO MUÑOZ (Colombia)*

### **Tema 26: Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de la seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud (continuación)**

El Dr. ALFARO (Panamá) agradece la oportunidad que se le ofrece para expresar el pensamiento de la seguridad social de su país sobre el tema tan interesante que se discute, y felicita al Grupo de Estudio que preparó el magnífico documento que sirve de marco de referencia para el debate.

Está de acuerdo en que es preciso lograr una mejor utilización de los escasos recursos de los países en desarrollo—los cuales aún no pueden esperar alcanzar niveles económicos tan elevados como los de Suiza, Suecia, Noruega, Estados Unidos de América, Inglaterra, etc.—para asegurar la atención de la salud y las enfermedades, prestando servicios de alta calidad para todos. Los organismos de seguros sociales representan un gran avance en la evolución social de los países de América Latina y estas conquistas deben ser sostenidas y fortalecidas por los respectivos Gobiernos, buscando mecanismos y formas de entendimiento mutuo para que cumplan mejor su cometido social.

Ha habido y sigue habiendo fallas que hacen difícil ese entendimiento mutuo. Una de estas fallas fundamentales es la falta de participación de los seguros sociales, especialmente de sus departamentos médicos, en la planificación en materia de salud. Es necesario y urgente que las instituciones de seguridad social formen parte de los organismos de planificación a nivel nacional.

No hay duda de que los procesos de coordinación constituyen factores efectivos para la ejecución conjunta de programas, especialmente cuando estos van encaminados a objetivos comunes. Por ello está de acuerdo—y está seguro que así piensan todos sus colegas que dirigen los programas médicos de las instituciones de seguridad social de las Américas—que, siguiendo un proceso racional, es posible llegar al establecimiento de una coordinación efectiva con los programas de los Ministerios de Salud, de tal manera que se logre mejorar la calidad de los servicios y ampliar la cobertura de prestaciones eficientes a los grandes grupos de población necesitada de las Américas.

En Panamá ya se han dado algunos pasos hacia esos objetivos, los cuales han sido posibles mediante el adecuado acercamiento de las autoridades médicas dirigentes, tanto de salud pública como de la Caja de Seguro Social. Está seguro que, en donde se haga esta clase de contactos entre los dirigentes médicos, se comenzará de inmediato a establecer la fuerza catalítica y motriz de este movimiento de coordinación tan deseado. Así, en su país se ha logrado: 1) establecer fondos comunes, aunque aún limitados, para resolver problemas de instalaciones hospitalarias, con el fin de mejorar la calidad de los servicios en los subsectores de salud; 2) establecer programas similares de adiestramiento profesional y técnico y ayuda financiera al Ministerio, cuando los programas de adiestramiento, como en el caso de la enfermería, así lo han requerido; 3) realizar aportes financieros directos o por medio de empréstitos al Gobierno, para remodelar y ampliar hospitales dependientes del Ministerio, con el objeto de experimentar la prestación de servicios médicos en forma conjunta, y 4) facilitar profesionales, especialmente médicos, para trabajar en los servicios de prestaciones médicas, integrados en el Ministerio, a fin de lograr la mejor atención del paciente asegurado a nivel de las instituciones locales en las áreas rurales del país.

El Dr. Alfaro, al agradecer la oportunidad que se le ha brindado para exponer al Consejo Directivo la posición de la Caja de Seguro Social de Panamá, sugiere la conveniencia de que los directores médicos de la seguridad social en las Américas, sean invitados oficialmente por la Oficina Sanitaria Panamericana, para que participen en discusiones conjuntas con los dirigentes de salud pública a nivel continental, sobre la base de los principios y conceptos expuestos en el curso del debate, para llegar a la mayor brevedad posible a acciones que permitan conseguir el éxito de la coordinación del sector salud en los países latinoamericanos.

El Dr. BRITTO (Brasil) hace resaltar la preocupación que inspiran a su Gobierno los problemas de la salud, ya que esta constituye uno de los elementos básicos para el desenvolvimiento económico y social de los países, por lo cual considera que la solución de tales problemas requiere una minuciosa planificación, teniendo en cuenta los progresos tecno-

lógicos y científicos y el valor que representa el elemento humano como punto de apoyo para lograr el engrandecimiento de las naciones. Indica que los fundamentos de un sistema de servicios de asistencia en salud han de apoyarse en las características sociales, económicas y geográficas de cada país, y pone de relieve cómo no se ha logrado hasta ahora instituir una política medicoasistencial consistente y ordenada en la mayoría de las colectividades humanas de las Américas.

En el Brasil, la política medicoasistencial lamentablemente se ha caracterizado por su fragmentación, desarmonía y falta de coordinación. Por diversas razones, se ha prestado mayor atención al aspecto curativo, mostrando escaso interés por las actividades de prevención y rehabilitación, y la insuficiencia de personal, en calidad y en cantidad, ha venido a agravar el problema.

Por consiguiente, estima que, en general, se impone una nueva orientación de la política a seguir, a tono con los imperativos del tiempo presente. Las deficiencias del sistema actual son reflejo de la multiplicidad y heterogeneidad de organismos de asistencia y de la consiguiente dispersión de recursos, como lo revela el hecho de que las actividades de salud sean desempeñadas, en forma autónoma, por ocho organismos: Ministerio de Salud; Ministerio de Trabajo, Ministerio de Industria y Comercio, Ministerio de Educación y Cultura, instituciones de previsión social, instituciones filantrópicas, instituciones de beneficencia e instituciones particulares de actividades lucrativas. Esa diversidad de entidades que tratan de atacar los mismos problemas, determinan inseguridad técnica y financiera de las instituciones, y conduce a resultados desastrosos en el funcionamiento de estas y en los servicios que prestan.

El Dr. Britto enumera seguidamente el número de establecimientos hospitalarios y parahospitalarios sostenidos por los Gobiernos de los estados y los que corren a cargo de particulares y declara que, para una población de alrededor de 80 millones de habitantes, existe una falta de camas en los hospitales que puede cifrarse entre 127.000 y 167.000, tomando como coeficiente de demanda de 4,5 a 5 camas por cada 1.000 habitantes. Entre otros datos expresivos de la situación presente, señala que el 16% de los establecimientos de asistencia médica de su país pertenece a organismos gubernamentales y el 84% restante es sostenido por la iniciativa privada.

A su entender, para proporcionar la debida atención médica a la colectividad hay que estructurar los servicios de salud sobre bases sólidas, con un sentido de unificación que conjugue y coordine la totalidad de recursos de que se disponga, si se quiere asegurar debidamente la defensa de la salud, legítimo derecho fundamental de todo ser humano. Este imperativo sociológico determinó al Presidente Castello Branco a adoptar al respecto un criterio basado en la organización, coordinación y ordenación jerárquica de las actividades de salud. Hace constar que, precisamente, la extensión del territorio del Brasil, sus modestos recursos y la diversidad de actitudes de sus poblaciones ante las enfermedades, obligan al Gobierno a llevar a cabo una política de salud que permita coordinar debidamente las actividades de medicina preventiva y curativa y de rehabilitación.

Pone de relieve los inconvenientes de una política asistencial trazada por distintos organismos, ya que las actividades y propósitos de algunos de ellos están a veces muy alejados de las cuestiones que afectan directamente a la salud de la comunidad. En efecto, las decisiones sobre problemas de salud adoptadas por profanos en la materia, pueden redundar en perjuicio del funcionamiento de los servicios y del objetivo de prestar asistencia a la colectividad, en el sentido amplio que este concepto implica y que abarca los aspectos de prevención, curación y rehabilitación, debidamente atendidos y al alcance de todos los individuos.

Se extiende seguidamente en una serie de consideraciones relativas a la concentración de los recursos asistenciales de un organismo adecuado, como por ejemplo el Ministerio de Salud, en el Brasil. Insiste en la necesidad de que se coordine la labor de salud pública, de medicina preventiva y de rehabilitación, y se unifiquen los servicios asistenciales, movilizándolo y aprovechando al máximo los recursos materiales y humanos de que se disponga y racionalizando las actividades correspondientes. Cree que urge llegar a una mayor comprensión del trabajo técnico y profesional, de acuerdo con las necesidades e imposiciones medicoasistenciales, y en armonía con el valor de elemento humano para la economía del país. Considera también que es menester conceder una mayor importancia a la medicina preventiva, con lo que disminuirá la demanda de servicios curativos, y de que haya participación de la iniciativa privada en

programas de salud de verdadero interés para la comunidad.

Dadas las circunstancias, el Ministerio de Salud del Brasil, está tratando por todos los medios de aplicar la recomendación<sup>1</sup> formulada en la Reunión de Ministros de Salud, que tuvo lugar en Washington, D.C., en abril de 1963, en el sentido de que "es indispensable que los Ministerios de Salud promuevan la consecución de instrumentos legales e institucionales para la coordinación efectiva, en lo normativo y ejecutivo, de las acciones preventivas y curativas del Estado, entre sí, y de estas con las de organizaciones semiestatales, autárquicas y autónomas, que presten cualquier tipo de cuidados de salud; el propósito que se persigue es incorporar la actividad médica de esas instituciones, incluyendo los hospitales, al resto de los servicios básicos de salud en los niveles local, intermedio o nacional . . .".

Añade el Dr. Britto que el Ministerio de Salud de su país, coincidente con el actual concepto de asistencia médica a las poblaciones, ha adoptado una posición reivindicadora sobre la base de la integración asistencial y la unificación de los servicios médicos, debidamente orientados y fiscalizados. Con sujeción a este concepto, procura ajustarse a la realidad del país, y tiene en cuenta que la presencia supletoria del Ministerio en la iniciativa y en la acción ejecutiva de muchas entidades de la Federación en materia de salud, dada la imposibilidad de que las realice la autoridad local, deberá cesar en cuanto los servicios locales de asistencia logren condiciones de autosuficiencia.

Refiriéndose a la participación de la iniciativa privada en el sistema, da cuenta de que el Ministerio de Salud decidió estimularla, para el mejoramiento de las instituciones hospitalarias, mediante planes de financiamiento a mediano o largo plazo, y con el pago de intereses modestos.

Termina diciendo que no está lejos el día de la redención de la salud, y que el actual Gobierno de su país, con devoción, paciencia y firmeza habrá de llevar a término los propósitos encaminados a la paz y seguridad del pueblo del Brasil.

El Dr. VALDIVIESO (Chile), después de destacar la importancia del documento que se examina, manifiesta que, en su país, la organización gubernamental de los hospitales se basa en dos soportes fundamentales: uno, la provisión de fondos por

el Gobierno para que los servicios de salud pública o los de las municipalidades puedan organizar estos centros de asistencia, y otro, que consiste en el financiamiento de dichos centros por los seguros sociales que, en este caso, se hacen cargo de su organización. Los seguros tienen dos alternativas para proporcionar atención médica a sus afiliados: o contratan con los servicios estatales o semiestatales la prestación de esa asistencia, o construyen sus propios establecimientos. En su política de salud, Chile considera que no basta la atención médica curativa del afiliado al seguro social, sino que hay que combinarla con medidas preventivas; es decir, que cualquiera que sea la forma que tal atención revista, no debe dissociarse de las funciones de protección y fomento de la salud.

Se ha criticado el hecho de que la atención médica en su país se base, en general, en la afiliación a un régimen de seguros sociales, lo que motiva que unos sectores de la población estén más protegidos que otros. En esas circunstancias, mientras no se logre una política de atención médica generalizada, el Gobierno tiene el criterio de que dicha obligación corra a cargo de los servicios de salud pública, y en forma delegada en el caso de los afiliados a los seguros sociales. Tal organización fue lograda con la creación, en 1952, del Servicio Nacional de Salud, que desarrolla sus actividades de protección de la salud para toda la población que lo requiera, y funciones de fomento y atención médica para los dos tercios de los habitantes, esto es, para los asegurados obreros, los indigentes y otros grupos de recursos limitados. El Seguro Social, que tiene 1.400.000 cotizantes obreros, o sea que abarca a casi la mitad de la población activa del país, ha delegado la atención médica en el Servicio Nacional de Salud, y sus afiliados reciben los beneficios de una medicina integral basada en un conjunto de acciones preventivas, curativas y de rehabilitación. El Servicio Nacional de Salud recibe una aportación de los seguros sociales equivalente al 14% de los recursos con que cuenta; el resto de sus fondos proviene, en su mayor parte, de subvenciones fiscales que alcanzan un 60 por ciento.

El sector de los trabajadores públicos y privados, del cual se excluyen los miembros de las fuerzas armadas y los empleados de ciertos servicios especializados, alcanza 1.250.000 beneficiarios, comprendiendo los asalariados y grupos familiares, y representa el 15% de la población. Este grupo, aun

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OPS 51, 39.

cuando está cubierto por los seguros sociales, carece hasta ahora de una atención médica completa, la cual es proporcionada en gran medida por el Servicio Nacional de Salud o por médicos particulares, en forma directa o de acuerdo con las empresas o con los grupos profesionales a que pertenecen los interesados. Para solucionar esta situación, el Parlamento de Chile está examinando un proyecto de ley cuya aprobación permitirá extender adecuadamente los beneficios del Servicio Nacional de Salud, para cubrir las necesidades de la parte de la población que todavía no está debidamente atendida.

La política de salud de Chile tiende a proporcionar una atención médica integral en el caso de los afiliados a los seguros sociales, de forma que no haya distingos entre acciones preventivas y curativas, con la idea de que el núcleo familiar sea la base de estas acciones.

En el Servicio Nacional de Salud la atención médica llena los objetivos de un plan integral, pero subsiste aún el problema de la atención preventiva y curativa en lo que se refiere a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, riesgos que no están cubiertos por un régimen de seguros sociales, ya que todavía se aplica una legislación antigua en virtud de la cual se establece una compensación para los trabajadores afectados, con una responsabilidad patronal directa y sin que rija un seguro obligatorio. Sobre este punto, la posición del Gobierno consiste en llegar a la integración total de la seguridad social a fin de que no exista diferencia, en cuanto al tratamiento que se facilite a los trabajadores, entre las enfermedades o lesiones comunes y las adquiridas en el trabajo. A este respecto, el Parlamento de Chile está estudiando un proyecto de seguro contra accidentes del trabajo y enfermedades ocupacionales para todos los obreros y empleados del país, adjudicando el manejo administrativo del mismo a las respectivas instituciones de seguros sociales para los obreros y a las cajas de previsión para los empleados.

Se pretende que las actividades preventivas sean de la competencia del Servicio Nacional de Salud, y las curativas y de rehabilitación correspondan a los seguros sociales en lo que se refiere a los obreros, y a las cajas de previsión en lo que atañe a los empleados, pero que estos organismos podrán delegar dichas obligaciones en el Servicio Nacional de Salud cuando no estén en condiciones de hacerlas efectivas.

El Dr. QUIRÓS (Perú) reitera la opinión que expuso al comentar el Informe Anual del Director de la Oficina, según la cual los sistemas de seguridad social en la América Latina son, en la mayoría de los casos, deficientes, discriminatorios, costosos, injustos y de escasa cobertura. A su juicio, se trata de un sistema que no se ha estudiado debidamente, conformándose en muchos casos con el ejemplo que ofrece el funcionamiento de dichos sistemas en países más desarrollados.

En Perú se inició el seguro social con la creación de dos Cajas de Seguro: una para obreros y otra para empleados, y refiere que el autor de dicha iniciativa estableció además un Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social que grava, igual que los seguros sociales, los sueldos y los salarios. En recientes reuniones celebradas en Venezuela y en Chile para tratar problemas relacionados con la seguridad social se examinó la cuestión del financiamiento de estos servicios. Advierte que, en principio, es el trabajador, por un lado, y el empresario, por el otro, quienes subvienen con sus respectivas cuotas a mantener la seguridad social, auxiliando el Estado con su aportación. Pero en la práctica, el empresario no sufraga la parte que le corresponde, sino que, considerándola más bien como un impuesto indirecto, la carga sobre el costo del producto que fabrica. Además, su supuesta aportación al seguro social es deducible en el pago del impuesto progresivo sobre la renta que tiene que pagar al fisco.

En Perú, los servicios de seguridad social, que atienden aproximadamente a un millón de personas, cuentan con un presupuesto equivalente al doble de la suma de que dispone el Estado para atender a nueve millones de habitantes, los cuales, además, están contribuyendo a financiar ese sistema de cuya utilidad disfruta un grupo privilegiado. Los seguros sociales empezaron estableciendo sus servicios propios, con el propósito de proporcionar mejor asistencia que los servicios de salud del Estado, pero llegó un momento en que no pudieron seguir construyendo nuevas instalaciones por falta de recursos, ya que el número de asegurados es limitado. Además, la imposibilidad de ampliar tales servicios, para extender la seguridad social a otras zonas del país, tuvo como consecuencia que la cobertura que da el seguro se limitase.

En cambio, el Ministerio de Salud Pública, valiéndose del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, ha construido, en el curso de los últimos tres

años, una red de hospitales en todo el país—15 establecimientos de esta clase en distintas zonas— que proporcionan en la actualidad servicio al seguro social, lo que ha dado lugar a que se concierte con él un convenio en virtud del cual el sistema de seguridad social paga a los servicios de salud el 6,5% de sus ingresos. Se está estudiando la posibilidad de extender el seguro familiar a las zonas rurales.

Cree el Dr. Quirós que esta cuestión de la seguridad social debe ser objeto de detenido estudio para buscarle una solución justa. Indica que, en opinión de un economista con el que recientemente cambió impresiones sobre el tema en una reunión auspiciada por el Instituto Nacional de Planificación, el financiamiento de los servicios de seguridad social puede llegar a constituir, en algunas partes, un factor de propagación de la inflación. Señala que más que intentar coordinar los servicios de salud con los de seguridad social, se debe tratar de hallar una solución más profunda. Señala que muchas veces los sistemas de seguridad social han sido implantados sin la participación de los médicos, y que por eso es interesante conocer todos los aspectos, técnicos y políticos, en que se basa el punto de vista de estos profesionales.

En el curso del año próximo se celebrará en Lima el Congreso Médico Social de la Confederación Médica Panamericana, en el cual se examinará esta cuestión, e invita a los Representantes a que asistan a sus deliberaciones. Reitera su preocupación por el tema que se debate y, refiriéndose a otro ángulo del mismo, alude a la libre elección del médico por el enfermo, cuestión que debe ser también considerada cuidadosamente, igual que las restantes facetas del problema, para terminar por establecer sistemas que faciliten a toda la población el acceso a la salud a que tienen derecho.

El Ing. RIVERA (Costa Rica) manifiesta que en su país el Seguro Social ampara, por lo menos, a la cuarta parte de la población. Sin embargo, prácticamente la mitad de las cantidades que se invierten en salud pública se dedican a atención médica y medicina preventiva. Los seguros sociales muestran tendencia a no participar en ningún programa de carácter preventivo, encontrándose en cambio la medicina preventiva a cargo de los servicios del Ministerio de Salubridad Pública, que dedica a esas atenciones un 8,6% de su presupuesto, destinándose el resto a medicina asistencial. Alude al número de camas de que se dispone en los hos-

pitales y considera que, desde el punto de vista geográfico, su distribución no es adecuada. Por otra parte, la tendencia del seguro social a construir edificios hospitalarios no parece, a su juicio, bien orientada, ya que se propone construir algunos en lugares en los que ya existen los creados por el Ministerio de Salubridad Pública.

Coincide con lo expuesto por el Dr. Quirós en el sentido de que, en algunos países, la promoción del seguro social no ha sido realizada por los médicos, sino por los economistas, aunque actualmente, como acontece en Costa Rica, el seguro social se haya convertido en un baluarte de los médicos, por lo que, en su país, parte de la atención en salud del trabajador se ha querido transferir del Ministerio de Salubridad al Seguro Social, todo lo cual opina que determina cierta confusión administrativa.

Estima esencial que se delimiten con claridad las funciones que corresponden a los servicios de salud y a los de seguridad social, a fin de que se asigne claramente al Ministerio de Salubridad la competencia médica en todos sus aspectos. Señala el fuerte poder económico que tienen las cajas de seguridad social y la demagogia que se hace al amparo de este poder, en la que participan, más que los médicos, algunas personas incrustadas en los mismos organismos del seguro.

Estima que el problema que se examina se solucionaría con la promoción de un plan nacional de salud único en los países del Continente, en el que los seguros sociales aportasen su contribución para acabar con la desigualdad de trato que ahora se registra entre los asegurados y los que no lo son.

El Dr. ALONSO MENÉNDEZ (Cuba) informa que en su país la Ley de Seguridad Social que fue promulgada en 1963 otorga protección a la totalidad de los trabajadores, tanto al 94% del sector socializado, como al que trabaja por cuenta propia, igual que al resto perteneciente a la empresa privada. Agrega que el Ministerio de Salud Pública es el único responsable de los servicios integrales de salud y subraya el hecho de que, con anterioridad, existían en el país 51 organismos distintos, entre instituciones autónomas, semiautónomas y estatales.

Reconoce, no obstante, que todavía se tropieza con dificultades, ya que la actividad iniciada por el Ministerio es muy ambiciosa. En las unidades de los servicios de salud se da ya una atención médica integral, pero existen objetivos aún no logrados que requieren un esfuerzo superior al



llevado a cabo hasta ahora. Estima, sin embargo, que el balance es más favorable de lo que se había previsto.

Los servicios de seguridad social se encuentran estrechamente coordinados con el Ministerio de Hacienda, con la Junta Central de Planificación y con el Ministerio del Trabajo, y afirma que la centralización de las diversas funciones que corresponden a la seguridad constituye la mejor ejecutoria y presenta las más prometedoras perspectivas.

El Dr. SALDAÑA (El Salvador) destaca la pugna existente en algunos países entre los servicios de salud y las instituciones de los seguros sociales, y manifiesta que tal posición es perjudicial para el logro de los objetivos que a unos y a otros incumben. Considera que no conviene imponer una política determinada a la seguridad social, sino llegar a un acuerdo con esas instituciones, mediante un examen amplio de los problemas de salud que permita fijar la orientación más adecuada. A su entender, cada vez que se discutan en los países cuestiones de importancia relacionadas con los servicios de salud de los Ministerios y con los correspondientes del seguro social, debería invitarse a participar en el debate a los médicos más calificados de estas últimas instituciones, para tratar de disipar de sus mentes la idea de que existe hostilidad contra ellos por parte de los dirigentes de los Ministerios, puesto que únicamente se pretende unificar esfuerzos y aprovechar al máximo los recursos económicos y humanos.

Añade que no hay que anteponer intereses personales o de las instituciones a los de la salud, y que se deberían buscar los medios para aprovechar, en forma adecuada, los recursos disponibles, por medio de una coordinación inteligente que beneficie a la salud de los pueblos del Continente.

Piensa que tal vez no haya llegado aún el momento de hablar de integración, porque las deficientes instalaciones hospitalarias de los servicios de salud pública de muchos países no permiten proporcionar a los afiliados al seguro social una atención apropiada. Cree que esa iniciativa de integración puede ser factible cuando los países impulsen la realización de amplios programas de construcción de hospitales y clínicas, y señala, como ejemplo, el caso del Perú, país en el cual las instituciones de seguridad social utilizan los servicios médicos del Ministerio de Salud Pública, mostrando así que la coordinación es indispensable para evitar la dispersión de esfuerzos.

El Dr. OÑATIVIA (Argentina) declara que el problema de la atención médica en los servicios de seguridad social revela defectos semejantes a aquellos de que adolecen los servicios de salud de los Ministerios, sin excluir que en algunos países el mecanismo de los seguros haya contribuido a acentuar la confusión.

Menciona la participación que tiene el Estado en el mantenimiento de la seguridad social, cubriendo los déficit que en su administración ocasiona la falta de racionalización de los servicios técnicos y administrativos. Señala como fundamental preocupación de los Gobiernos, ordenar, a través de los Ministerios de Salud, las infraestructuras sanitarias, y pone de relieve, de acuerdo con lo que se indica en el documento que se está examinando, la conveniencia de planificar los servicios de salud en forma integral y a escala nacional.

Afirma que en la Argentina no es posible coordinar ni integrar los servicios nacionales de atención médica con los de seguridad social si previamente no se mejoran aquellos. En 1964 se concluyó el primer catastro nacional de recursos y servicios de atención médica del país—el cual abarca a la totalidad de los servicios asistenciales, oficiales y privados—y ahora se está en la etapa de tabulación de todas sus cifras. Confía en que los datos estadísticos que de él se deriven facilitarán un panorama completo de la situación, lo que será muy útil a los planificadores y a los administradores de salud. En colaboración con el Consejo Nacional de Desarrollo y con el Consejo Federal de Inversiones se efectúan estudios sobre costos de atención médica y sobre otros aspectos de interés para afrontar el problema con un profundo conocimiento de la realidad y de las perspectivas que ofrece. A su entender, hay que descubrir el fondo de la crisis que existe en los servicios de atención médica y cree indispensable llegar a superar los obstáculos, entre los que señala el hecho de que en los países se quiera mantener esa atención basándola en los principios del individualismo médico. Subraya que en Argentina, una vez que se complete el catastro nacional antes mencionado, se pasará a una etapa de reclutamiento de personal para dar una orientación integral a los servicios, es decir, para que entren en una fase de medicina preventiva, curativa y social, sin cumplir la cual no será posible pasar a la etapa de coordinación e integración con los servicios de seguridad, hecho que requerirá a su vez una descentralización

administrativa de los servicios de salud si se quiere que sean eficaces.

Anuncia que el Senado de su país está estudiando un proyecto del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública que tiende a transformar los servicios, transfiriendo la organización y administración de los hospitales a los servicios de atención médica de la comunidad, eliminando, en general, el carácter gratuito de la prestación, lo cual quedará circunscrito a los habitantes que carecen de recursos. La prestación se llevará a cabo directa o indirectamente, lo que, a juicio del Dr. Oñativa, contribuirá a mejorar el financiamiento de los servicios y hará posible la descentralización administrativa. Considera que las etapas posteriores deben consistir en la integración de los servicios de atención médica en un régimen general de seguridad social que cubra la mayor cantidad de riesgos y que ampare a la mayor parte de la población. Todo ello—termina diciendo—debe ser planificado a escala nacional, con la colaboración de sectores ajenos a la salud pública, y dentro del marco de actividades de los Consejos Nacionales de Desarrollo de los países.

El Dr. ESQUIVEL (Panamá) muestra su interés en precisar que las instituciones del seguro social en la América Latina son, realmente, cajas, organismos de carácter bancario que, en algunos países, se rigen por estatutos elaborados con base en consideraciones económicas, con proyecciones sociales, aunque es cierto que sus actividades se orientan primordialmente hacia el campo de la asistencia médica. Estima innegable la eficiencia de dichas instituciones y cree que debe respetarse su autonomía, lo que las pone, en cierto modo, a salvo de ingerencias políticas. Señala que más que hablar de la constitución y funcionamiento de estos organismos, lo que importa es determinar en qué forma debería utilizarse su actividad para que su participación en los programas nacionales de salud fuera mayor, haciendo que su acción se desenvuelva más en armonía con la que llevan a cabo los servicios oficiales de salud de los Gobiernos, evitando disparidades o duplicaciones innecesarias y poniendo sus responsabilidades a tono con los recursos, a veces cuantiosos, que poseen.

Considera que los funcionarios de seguridad social de los países desempeñan su cometido con una gran sentido patriótico y reitera su opinión de que sólo urge preparar el terreno para que se coordinen las actividades de salud mediante una

planificación integral que permita reducir costos e incrementar la eficiencia.

A tal fin, el Dr. Esquivel presenta a la consideración del Consejo Directivo un proyecto de resolución.

El PRESIDENTE anuncia que el proyecto de resolución relativo al tema 26 que ha presentado la Delegación de Panamá será distribuido posteriormente para su discusión.<sup>2</sup>

*Se suspende la sesión a las 4:55 p.m.  
y se reanuda a las 5:15 p.m.*

### **Elección de Presidente Provisional**

El PRESIDENTE anuncia que se va a proceder a designar un Presidente Provisional para las sesiones que tendrán lugar el lunes y el martes de la próxima semana, por tener que ausentarse durante esos días el Presidente y los dos Vicepresidentes del Consejo.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) propone para Presidente Provisional al Dr. Roderick Esquivel, Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública de Panamá.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América), el Ing. RIVERA (Costa Rica) y el Dr. BONICHE VÁSQUEZ (Nicaragua) apoyan la proposición.

*Decisión:* Se designa, por unanimidad, Presidente de la Reunión, para los días 4 y 5 de octubre próximo, al Representante de Panamá, Dr. Roderick Esquivel, Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública.

El Dr. ESQUIVEL (Panamá) agradece la distinción de que se le ha hecho objeto.

### **Tema 27: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas**

**Tema 34: Apoyo al programa mundial de erradicación de la viruela por los países de la Región de las Américas** (*Tema propuesto por el Gobierno de los Estados Unidos de América*)

El Dr. BICA (Jefe, Departamento de Enfermedades Transmisibles, OSP) presenta el Documento CD16/29<sup>3</sup> y manifiesta que, reconociendo la importancia del problema de la viruela en las Américas, la XIII Conferencia Sanitaria Paname-

<sup>1</sup> Véase octava sesión plenaria, pág. 112.

<sup>2</sup> Véase Anexo 5, págs. 384-390.

ricana (Santo Domingo, República Dominicana, 1950) recomendó<sup>4</sup> a los países que llevaran a cabo programas de vacunación y revacunación antivariólica en sus respectivos territorios con miras a erradicar la enfermedad. A la vez, recomendó a la Organización que coordinase la ejecución de dichos programas, de acuerdo con los países interesados.

Agrega que en una serie de resoluciones adoptadas en los años posteriores—13 en total—los Cuerpos Directivos de la Organización expresaron su preocupación por la viruela en las Américas y manifestaron su deseo de que dicha enfermedad fuese erradicada del Hemisferio Occidental.

Señala que en 1958, la 11ª Asamblea Mundial de la Salud, considerando que “la viruela es una enfermedad transmisible todavía muy difundida y muy peligrosa, de la que existen en muchas regiones del mundo focos endémicos que dan lugar a riesgo constante de la propagación y que constituyen, por tanto, una amenaza para la vida y la salud de las poblaciones” (Resolución WHA11.54),<sup>5</sup> pidió al Director General de la OMS que realizara una investigación de los medios para erradicarla en el mundo entero. En 1959, la 12ª Asamblea Mundial de la Salud (Resolución WHA12.54)<sup>6</sup> solicitó del Director General que recogiera información de los países interesados acerca de la organización y curso de los respectivos programas de erradicación y que presentara un nuevo informe a la 13ª Asamblea Mundial de la Salud. En la 13ª y en la 14ª Asamblea Mundial de la Salud se formularon peticiones análogas. La 14ª Asamblea Mundial de la Salud (párrafo 2 de la Resolución WHA14.40)<sup>7</sup> instó a los países de economía más próspera a que aportaran contribuciones voluntarias en dinero o en especie para aumentar los recursos de la Cuenta Especial de la OMS para la erradicación de la viruela. En las resoluciones antes mencionadas se reafirma la prioridad que los Cuerpos Directivos de la OPS y de la OMS conceden al problema de la viruela. Añade que como todas esas resoluciones fueron aprobadas por unanimidad, los Gobiernos Miembros de ambas Organizaciones se han comprometido a erradicar la enfermedad.

Informa el Dr. Bica que, de conformidad con lo dispuesto en sucesivas resoluciones de los Cuerpos Directivos, la OPS, de acuerdo con muchos países,

ha participado activamente, desde 1950, en un programa continental encaminado a erradicar la viruela. La OPS ha asesorado a los Gobiernos en la planificación de programas de erradicación de la viruela, basados en campañas antivariólicas que, en un momento oportuno, puedan ser incorporadas a los servicios generales de salud pública de los diversos países. Esta colaboración se ha expresado en forma de asesoría técnica para la producción de vacuna antivariólica y el suministro de equipo destinado a la preparación de vacuna liofilizada. En otros casos se proporcionó vacuna que estaba en condiciones de ser usada inmediatamente, servicios de consultores especializados en la organización y realización de campañas de vacunación, y además se otorgaron becas para el adiestramiento de personal nacional. También fueron puestos a disposición de los Gobiernos los servicios de un laboratorio acreditado para realizar las pruebas de pureza y actividad de la vacuna antivariólica preparada en laboratorios nacionales.

Desde 1950 se ha avanzado en el camino hacia la erradicación de la viruela. El progreso alcanzado varía de un país a otro, de modo que si bien un grupo importante logró el objetivo de eliminar la enfermedad y hay otros países que se acercan a la meta, aún quedan algunos en donde la viruela existe y deben iniciarse sin demora las correspondientes campañas. Asimismo es necesario que en aquellos países donde los programas de erradicación se han prolongado indefinidamente y es todavía elevada la incidencia de la viruela, se preste amplia y cuidadosa atención a este tipo de actividad.

No se ha conseguido aún la mutua colaboración de los países en el programa de erradicación: los focos de viruela que persisten en el Continente no sólo constituyen un problema para los países donde existen, sino que, además, son una continua amenaza y un motivo de preocupación para otros que, gracias a su espíritu de perseverancia y solidaridad continental, están ya libres de esa enfermedad. La persistencia de estos focos obliga a dichos países a proseguir sus esfuerzos para mantener la inmunidad de la población a un alto nivel, e indica que, ante la amenaza de nuevos brotes, algunos países que ya consideraban erradicada la viruela de sus territorios, se han visto obligados a repetir las campañas nacionales de vacunación colectiva.

Se ha visto coronado por el éxito el esfuerzo realizado por los Gobiernos y por la Organización para producir vacuna antivariólica liofilizada,

<sup>4</sup> Resolución XIX. *Publicación de la OPS* 256, 18.

<sup>5</sup> *Act. of. Org. mund. Salud* 87, 41-42.

<sup>6</sup> *Act. of. Org. mund. Salud* 95, 47.

<sup>7</sup> *Act. of. Org. mund. Salud* 110, 16.

estable, en cantidad suficiente. Con la colaboración de la Organización, varios países producen vacuna en cantidad suficiente no sólo para atender sus propias necesidades, sino para proporcionarla a los que no la preparan. Subraya que, en general, los países no aprovechan los servicios que se les ofrecen para realizar las pruebas de control de la vacuna. Unos cuantos tropiezan con dificultades para su preparación, ya que algunos lotes no llenan las exigencias mínimas de potencia, inocuidad y estabilidad estipuladas por la OMS. Considera necesario que las pruebas de control de las vacunas se hagan con carácter rutinario a fin de mantener su elevada calidad y declara que la Organización está dispuesta a prestar asesoría con miras al funcionamiento eficaz de los correspondientes laboratorios. Recuerda que los servicios de un laboratorio de prestigio internacional están a la disposición de los países para realizar las pruebas que aseguren la buena calidad de la vacuna antivariólica preparada en laboratorios nacionales.

Manifiesta el Dr. Bica que la campaña de erradicación de la viruela en las Américas avanza a un ritmo más lento del previsto y que, a pesar de los excelentes resultados obtenidos por diversos países que dieron término a las campañas de erradicación o redujeron a un bajo nivel la incidencia de esa enfermedad, esta sigue siendo todavía un importante problema de salud en las Américas. Para lograr la erradicación en todo el Hemisferio—agrega—es necesario que los países aúnen sus esfuerzos, tanto para proteger a sus propias poblaciones como para la seguridad de aquellas otras que ya han adoptado las medidas pertinentes.

A su entender, si no se ha avanzado con más rapidez, ello se debe al grado de prioridad que se ha atribuido al problema y a circunstancias de orden político, económico o administrativo, aisladas o combinadas, e insiste en que los Gobiernos deben asignar los fondos necesarios en el presupuesto nacional para proseguir las actividades tendientes a erradicar la viruela. Está comprobado que en donde existe la enfermedad, en forma epidémica o endémica, y los Gobiernos están firmemente decididos a desarrollar programas para erradicarla, aportando los recursos necesarios para llevarlos a buen término, la viruela desaparece en un corto lapso. Ello prueba que la persistencia de la viruela no se debe a falta de experiencia o de conocimientos técnicos sobre la manera de eliminarla, sino a la

falta de determinación para hacerlo y al hecho de que no se facilitan los recursos que exige una empresa de esta naturaleza.

Reitera su opinión de que es preciso iniciar o acelerar la marcha de los programas de erradicación de la viruela, según corresponda, siendo apremiante la necesidad de vacunar a la población que tiene un bajo nivel de protección en los países cercanos a otros en donde la enfermedad existe. Informa que los niveles de población vacunada en zonas o países donde se llevaron a cabo programas nacionales de vacunación están por debajo de lo recomendado (véase el cuadro 3 del documento que se examina).<sup>8</sup> Al mismo tiempo, es deficiente la notificación de los casos sospechosos de viruela en zonas en las que la población ya fue vacunada, y la investigación clínica y epidemiológica, tanto como el diagnóstico de laboratorio, se efectúan en escala muy limitada y abarcan sólo a una pequeña proporción de los casos comunicados. Tal situación revela la necesidad de organizar servicios de vigilancia epidemiológica en los países en donde se dio término a los programas de erradicación de la viruela o en donde estos se encuentran en fase de desarrollo.

Agrega que con el establecimiento de puestos de epidemiólogos en todas las Oficinas de Zona, la Organización estará en condiciones de cooperar más eficazmente con los diversos países a fin de crear los servicios de vigilancia antes mencionados. Los preparativos para organizar dos cursos sobre diagnóstico de la viruela por medio de laboratorio, que se llevarán a cabo en 1966, se hallan en fase avanzada. Cabe esperar que el adiestramiento en este campo contribuya en gran medida a mejorar el diagnóstico y la notificación de casos.

Considera difícil determinar la incidencia actual de la viruela en el Hemisferio debido a que la notificación es incompleta y tardía. En 1964, Brasil, Colombia y Perú fueron los únicos países que notificaron un número importante de enfermos de viruela. Brasil continúa notificando la gran mayoría de los casos que existen en el Hemisferio (2.502 en 1964, o sea el 83,5%), y pese a que en 1962 se inició un programa de vacunación antivariólica, la enfermedad persiste en muchas zonas del país. En Perú, en donde la enfermedad fue eliminada en 1954, reapareció en 1963, en zonas limítrofes con Brasil, habiéndose notificado el año pasado 454 casos. En Colombia, Uruguay y Argentina se registraron 21, 3 y 12 casos, respectivamente.

<sup>8</sup> Véase pág. 387.

Hasta el 31 de agosto de 1965, Brasil había notificado 448 casos, Argentina 11, Colombia 146, y Paraguay 10.

Declara el Dr. Bica que el Brasil es el país clave en lo que respecta a la erradicación de la viruela en las Américas, y opina que una vez que allí se organice el ataque contra dicha enfermedad y se coordine con los programas de los países vecinos, será posible eliminarla de las Américas.

Expone a continuación las siguientes conclusiones sobre el tema.

Como el único reservorio del virus de la viruela es el ser humano, siendo la vacunación un medio eficaz de protección por varios años, la erradicación de la viruela en las zonas endémicas está dentro del ámbito de la medicina preventiva moderna.

Por otra parte, si bien los medios de prevención de la viruela se conocen desde fines del siglo XVIII, la enfermedad sigue siendo endémica en muchos países del Hemisferio. El hecho de que aún no se haya logrado su erradicación se debe a diversos factores, entre los cuales se destacan como más importante la incompleta cobertura de la población debido a que son escasos y también inadecuados los servicios de salud, la baja prioridad concedida al problema y las dificultades económicas y administrativas.

Aunque son considerables los gastos que supone la terminación, con resultados satisfactorios, de un programa de erradicación, parecerán exiguos si se les compara con el costo en dinero y especialmente en vidas y sufrimientos que causa la viruela. Su erradicación es de suma importancia para todos los países, tanto para proteger a sus propias poblaciones como para la seguridad de aquellos otros que ya están libres de aquella.

Por tanto, es necesario encarecer a los países en donde todavía existe la viruela que adopten las medidas necesarias para superar las dificultades económicas y administrativas que retrasaron la marcha de los programas de vacunación antivariólica, y que concedan al programa de erradicación la prioridad que merece tanto desde el punto de vista de la salud nacional como internacional.

Insiste en que es evidente que la erradicación de dicha enfermedad es una responsabilidad nacional y que tal meta sólo puede lograrse mediante un esfuerzo también nacional. Interesa señalar de nuevo que la erradicación de la viruela es motivo de preocupación no sólo para los países infectados, sino para todos en conjunto, ya que los que actual-

mente se encuentran libres de viruela corren el riesgo de que se reintroduzca la infección desde las zonas endémicas.

El Dr. Bica repite que el programa de erradicación requiere un esfuerzo nacional e internacional cada vez mayor, si se quieren lograr resultados satisfactorios en un futuro próximo. A su entender, incluso si se asignan mayores recursos nacionales a los programas de erradicación de la viruela, los países en donde la enfermedad es endémica no conseguirán erradicarla sin una ayuda considerable de parte de las organizaciones internacionales y de aquellos países en donde la enfermedad dejó de ser endémica.

Considera que los países en donde la viruela es endémica podrían controlar rápidamente la enfermedad y, a la larga, eliminarla, si adoptan medidas enérgicas y reciben ayuda de los que ya están libres de la enfermedad, a condición de que hagan efectivas las disposiciones legales y presupuestarias indispensables para cumplir la obligación internacional que todos los Gobiernos asumieron al aprobar las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS y de la OMS.

El Dr. AGUILAR HERRERA (Guatemala) señala que, a pesar de haber sido erradicada la viruela de su país desde 1953, el Gobierno se ha preocupado por dar cumplimiento a las diferentes recomendaciones y resoluciones emanadas de las sucesivas reuniones de la Asamblea de la OMS y del Consejo Directivo de la OPS, con el fin de mantener inmunizada a la población ante la posibilidad de que ocurran nuevos brotes. Agrega que el Ministerio de Salud Pública se ha interesado por mejorar la calidad e incrementar la producción de la vacuna, a cuyo fin solicitó la ayuda de la Oficina. En 1964 se llegó a producir 1.417.165 dosis y se adquirió equipo para elaborar vacuna desecada.

Asimismo declara que se ha iniciado la vacunación en el país, habiéndose aplicado la vacuna en 1964 a 500.000 de los 4.000.000 de habitantes que tiene Guatemala.

Termina haciendo presente el reconocimiento de su Gobierno a la Oficina y a la Organización por la ayuda material que se le ha prestado para mejorar el laboratorio biológico, y por los servicios de asesoría de un consultor.

El Dr. QUIRÓS (Perú) hace constar que a veces se afirma que el problema que se está examinando es de la responsabilidad de los países y que otras veces se dice que es de competencia de la Organización.

El considera que ni los países ni la OPS pueden rehuir tal compromiso, ya que se trata de una cuestión que sigue teniendo la misma importancia que tenía hace tiempo, aunque sea pequeño el número de casos notificados.

Si se examina la epidemiología de la enfermedad en las Américas, se advertirá que en el Continente no existe viruela desde Colombia hacia el norte, pero que de Colombia hacia el sur sí la hay en casi todos los países, con excepción de Chile y, en este momento, también con la del Ecuador, pero se está volviendo a presentar en países que ya la habían erradicado, como el Perú y el Paraguay, habiéndose registrado asimismo algunos casos importados en la Argentina. Agrega que en el Uruguay hay, periódicamente, incidencia de la enfermedad, y lo mismo se puede decir de Colombia.

En Perú, antes de que la viruela fuera erradicada, había partes infestadas en la zona de los Andes, pero se logró terminar con esta situación, e igual sucede en Colombia y en Ecuador; no existía el problema del alastrim, que se registra fundamentalmente en el Brasil y en los países que limitan con dicha nación. En el brote que afectó al Perú, la penetración se produjo por tribus nómadas, lo mismo que había sucedido en Venezuela. En Lima se notificaron cuatro casos, dos de los cuales no fueron ni reconocidos por los médicos, ya que por su carácter benigno no se les calificó como de viruela; un laboratorista, que ensayaba técnicas de diagnóstico de virus, tomó unas muestras y se descubrió entonces la presencia de la enfermedad. Declara que ante la existencia de esos casos, el Gobierno del Perú resolvió efectuar una vacunación masiva, que comprendió a 1.700.000 personas en el término de 10 días, programa que ha sido intensificado en áreas amazónicas de difícil acceso. Lo mismo se está haciendo en el programa de lucha contra la malaria, valiéndose en este caso de los servicios del Instituto Lingüístico de Verano, que conoce bien a las tribus que habitan en la selva y dispone de un servicio de aviones que permite llegar a lugares que de otro modo son inaccesibles.

En lo que se refiere a la viruela, insiste en que el Gobierno del Perú efectúa una vacunación constante de las zonas que le ofrecen menos seguridad, y afirma que si son pocos los países en donde existe esta enfermedad, en extensión territorial no sucede lo mismo, ya que en el Brasil el problema reviste gran magnitud. Por ello, y para impedir la transmisión, estima que hay que proseguir la campaña,

facilitándole a Brasil los medios necesarios. Termina diciendo que, por los antecedentes expuestos, se puede afirmar que la cuestión, que es esencialmente un problema de salud pública internacional, sigue teniendo actualidad.

El Dr. SCORZELLI (Brasil) reconoce que su país, que en otras actividades de salud ha alcanzado grandes victorias, como la erradicación del *Aedes aegypti* y del *Anopheles gambiae*, sigue siendo uno de los focos de viruela del Continente americano. Explica que la lucha contra esta enfermedad se inició hace más de 150 años, y señala al respecto la destacada labor llevada a cabo por Oswaldo Cruz. Sin embargo, añade, cuando la forma grave que presentaba la enfermedad a principios de siglo fue evolucionando hacia la forma benigna o alastrim, su importancia fue subestimada por la población e incluso por las propias autoridades. Disminuyeron las vacunaciones, a lo que se unió el hecho de emplearse una vacuna de baja potencia, dando la impresión de un estado de inmunidad que, realmente, no existía. En consecuencia, el Brasil inició una campaña de erradicación en 1963, gracias a la cual ya se ha reducido considerablemente el número de casos.

Señala que a pesar de haberse vacunado a 20.500.000 personas, aproximadamente, la cifra es insuficiente, pues a fin de cubrir, para 1968, al 90% de la población, se requerirán más de 62.000.000 de vacunaciones. Agrega que se someterá a la aprobación del Congreso una legislación general de campañas que haga posible una mayor flexibilidad de acción. De todos modos, dada la extensión territorial del país, se necesita ayuda en forma de equipo como por ejemplo inyectores a presión ("jet injectors") que permitan intensificar las vacunaciones, y de medios de transporte. El Brasil podría aportar, en cambio, vacuna, ya que su producción es considerable, o colaborar en la campaña en alguna otra forma.

Termina invitando a los países que gozan de mejor situación económica y a las organizaciones internacionales a que coadyuven en esa importante empresa.

El Dr. CANDAU (Director General, OMS) declara que siente tener que ausentarse de la Reunión al día siguiente, pero que en el curso de un mes ha tenido que asistir a otras dos reuniones de Comités Regionales—en Lusaka, Zambia, a la Reunión del Comité Regional para el Africa, y en Seúl, Corea, a la del Comité Regional para el Pacífico Occidental—

y no considera conveniente permanecer más tiempo fuera de la Sede. Agradece al Representante del Brasil las manifestaciones que ha hecho respecto al plan de su país encaminado a acelerar las actividades de lucha contra la viruela. Añade que el Brasil, Pakistán, la India, y el Africa tropical son los focos de viruela que más preocupan a la Organización Mundial de la Salud. La exposición del Dr. Scorzelli ofrece grandes esperanzas para resolver el problema en el Brasil. Igualmente expresa su agradecimiento al Dr. Quirós por haber subrayado la necesidad de adoptar medidas de carácter universal a fin de erradicar la enfermedad.

Con respecto a la Resolución WHA18.38<sup>o</sup> de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, en la que se indica la posibilidad de erradicar la viruela en un plazo de 10 años si se dispone de suficientes recursos, se pregunta qué proporción de los \$2.500.000 ó \$3.000.000 adicionales que se necesitarán anualmente podrán obtenerse del presupuesto ordinario de la OMS, que se va a preparar en breve, y qué proporción de las contribuciones voluntarias. Pone de relieve que la erradicación de la viruela es de máxima importancia para una organización internacional como la OMS, por tratarse de una enfermedad sujeta a las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional. En todas partes la lucha contra la viruela es una responsabilidad que incumbe a los Gobiernos. No obstante, en la actualidad es relativamente más importante para los países en que ya ha sido erradicada que para ciertas zonas menos desarrolladas—como, por ejemplo, la India—donde existen otros problemas de salud aún más apremiantes.

Afirma el Dr. Candau que en algunos países, como los del Africa tropical, será difícil la obtención de recursos para llevar a cabo campañas contra la viruela, y cree que, para el bien común, aquellos que tengan posibilidades de hacerlo, deberían realizar un esfuerzo en los próximos 10 años a fin de facilitar los recursos que se precisan en los citados países. Si hubiera que depender completamente del presupuesto ordinario de la OMS para llevar a cabo dichas actividades habría que aumentar en grado considerable las cuotas de algunos países que necesitan los fondos para sus propias campañas. Tal vez sería más lógico depender del presupuesto sólo en parte, y si los países que estén en condiciones de efectuar aportaciones directas para la campaña, además de sus contribuciones a través del pre-

supuesto ordinario, indicaran en qué medida estarían dispuestos a hacerlo, se podría realizar el plan. Informa el orador que necesita la orientación de los Gobiernos Miembros a este respecto, pues ellos son los que han de obtener los fondos, y lo que se requiere es, precisamente, fondos y recursos, no simples declaraciones de buena intención.

Como ya ha señalado el Dr. Quirós—dice el Dr. Candau—se ha llegado a una fase en que hay que encontrar una solución al problema mundial de la viruela. Ya no es posible contentarse indefinidamente, aprobando excelentes resoluciones todos los años, llenas de buena voluntad, pero con pocas perspectivas de resolver el problema básico. Corresponde al Director General la misión de encontrar medios y formas de resolverlo, pero también debe saber exactamente de donde procederán los fondos—y por el período de tiempo necesario—para llevar a cabo el programa en su totalidad.

Señala que esta cuestión se examinará en forma más detallada y definitiva en la 19ª Asamblea Mundial de la Salud, que se celebrará en mayo de 1966, pero explica que ha planteado el problema ahora porque, a su juicio, los países del mundo han de tomar una pronta decisión sobre lo que están dispuestos a realizar para erradicar la viruela, enfermedad que, junto con otras cuarentenables, es la razón principal de la existencia de la organización internacional de la salud.

#### **Elección de Director de Debates y de Relator de las Discusiones Técnicas**

El PRESIDENTE anuncia que se va a proceder a la designación del Director de Debates y del Relator de las Discusiones Técnicas.

El Dr. SALDAÑA (El Salvador) propone para Director de Debates de las Discusiones Técnicas al Dr. Charles L. Williams, Jr. (Representante de los Estados Unidos de América) y para Relator al Dr. Conrado Ristori Costaldi (Representante de Chile).

El Dr. WEDDERBURN (Jamaica) y el Dr. QUIRÓS (Perú) se adhieren a esta proposición.

*Decisión:* Por unanimidad son designados Director de Debates de las Discusiones Técnicas, el Dr. Charles L. Williams, Jr. (Estados Unidos de América) y Relator, el Dr. Conrado Ristori Costaldi (Chile).

*Se levanta la sesión a las 6:30 p.m.*

\* Act. of. Org. mund. Salud 143, 24.

## OCTAVA SESION PLENARIA

Sábado, 2 de octubre de 1965, a las 9:10 a.m.

Presidente: Dr. RAYMUNDO DE BRITTO (Brasil)

### Tema 27: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas (continuación)

### Tema 34: Apoyo al programa mundial de erradicación de la viruela por los países de la Región de las Américas (continuación)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y anuncia que proseguirá el debate sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas.

El Dr. PRIETO (Paraguay) desea complementar la información presentada por la Delegación de su país en una intervención anterior sobre el tema de la viruela, con el fin de destacar las dificultades con que se tropieza, por lo menos en el Paraguay, para mantener los niveles de inmunidad resultantes de los programas verticales de acción.

En 1957 y 1958 se llevó a cabo en el Paraguay un programa de vacunación masiva antivariólica en el que se atendió al 85% de la población, y con el cual se logró que cesaran los casos de viruela. Se estableció entonces el programa de mantenimiento o de sostén, dando por sentado que la inmunidad duraría cinco años y que en ese lapso los servicios locales de salud se encargarían de vacunar anualmente al 20% de los habitantes del territorio de su jurisdicción. Invita a los Representantes a que examinen el cuadro 3<sup>1</sup> del Documento CD16/29 en el que se aprecia que desde 1960 el Paraguay ha vacunado sólo a un 10% de su población total, que asciende a 1.900.000 habitantes. Subraya que ha habido años en que los servicios locales de salud no han logrado vacunar más que al 2%, y ello ha tenido como consecuencia el brote epidémico registrado en los últimos meses. En otras palabras, el nivel de inmunidad de la población descendió considerablemente, originando la explosión de una epidemia de viruela. Destaca que, en países como el Paraguay, los servicios locales de salud carecen de medios para proteger al 100% de la población, lo que obliga a combinar un programa vertical con servicios horizontales, a fin de asegurar el mantenimiento de un adecuado nivel de inmunización.

Por último presenta a la consideración del Consejo el siguiente proyecto de resolución, en el que se tiene en cuenta la posibilidad de coordinar ambas

acciones, considerando los otros aspectos a que se ha hecho mención en las diversas oportunidades en que se ha examinado el problema de la viruela.

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe sobre el estado actual del programa de erradicación de la viruela en las Américas presentado por el Director (Documento CD16/29) y teniendo en cuenta las Resoluciones XIX, XIII, VI y XXX de la XIII, XIV, XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas, relativas a la erradicación de la viruela en el Continente;

Teniendo en cuenta sus anteriores resoluciones, en especial la Resolución XLI aprobada en la XV Reunión;

Considerando que la viruela es una enfermedad erradicable y que para su erradicación se dispone de técnicas y medios científicamente establecidos y prácticamente probados;

Vistas las resoluciones de la OMS relativas al programa de erradicación de la viruela y considerando que su erradicación constituye uno de los objetivos principales de la Organización, según declara la Resolución WHA18.38 de 19 de mayo de 1965,

RESUELVE:

1. Reiterar y confirmar las anteriores resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización en el sentido de que la viruela debe ser erradicada en el Continente.

2. Recomendar a los Gobiernos que, paralelamente con el desarrollo de los programas intensivos, organicen trabajos destinados a mantener, a lo largo de los años, el nivel alto de población vacunada contra la viruela logrados en los mismos. Igualmente, recomienda a los Gobiernos que ya dieron término a los programas de erradicación de la viruela, pero que no han puesto en marcha los programas correspondientes de mantenimiento, iniciarlos a la brevedad posible.

3. Instar a los Gobiernos de los países en donde no hay viruela y en donde el nivel de protección de la población general contra la enfermedad es bajo, a que pongan en marcha, por los medios que en cada caso se considere apropiado, un programa destinado a elevar progresivamente el porcentaje de población vacunada contra la viruela.

4. Invitar a los Gobiernos que, al término de los programas de vacunación intensiva, organicen un servicio de vigilancia epidemiológica para el descubrimiento precoz de los casos sospechosos de viruela y para evitar la propagación de la enfermedad. Dentro de este propósito, recomienda a los Gobiernos que tomen medidas especiales para la confirmación, por el método clínico, el laboratorio y la investigación epidemiológica, de los casos sospechosos de viruela que ocurran en sus territorios.

<sup>1</sup> Véase pág. 387.



5. Recordar a los Gobiernos que la organización y ejecución de programas nacionales de vacunación antivariólica es una obligación específica de ellos.

6. Reiterar a la Oficina Sanitaria Panamericana que sirva de centro de coordinación de los programas nacionales de vacunación antivariólica y preste asistencia técnica a los mismos.

7. Reiterar a la Oficina Sanitaria Panamericana que colabore con los Gobiernos en las gestiones que lleven a cabo para la obtención de cooperación económica y material para sus programas nacionales.

8. Pedir a los Gobiernos que, además de vacuna antivariólica aporten recursos económicos, materiales y especialistas a los programas nacionales de otros países del Continente que los necesiten, ya sea en forma directa o a través de la Oficina Sanitaria Panamericana.

9. Expresar su reconocimiento a los países del Continente que en forma generosa han contribuido con vacuna antivariólica a los países que la necesitaban y no la producen.

El PRESIDENTE anuncia que el proyecto de resolución leído por el Representante del Paraguay será distribuido para someterlo a la consideración del Consejo en una próxima sesión.<sup>2</sup>

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) recuerda que en 1902, cuando se celebró la Primera Convención Sanitaria Internacional, el entonces Cirujano General de los Estados Unidos de América, Dr. Walter Wyman, se expresó en los siguientes términos: "Hemos de discutir la cuestión de la cuarentena, guardia que todavía es necesario tener contra el enemigo común de la humanidad—las enfermedades contagiosas—guardia que algunas veces es necesario reforzar, pero que afortunadamente puede hacerse que resulte menos severa gracias al mayor conocimiento que en la actualidad tenemos de las enfermedades, y que con el tiempo se espera que quede reducida a una mera formalidad, a medida que la importancia del tercer asunto de nuestras deliberaciones, la sanidad, se aprecie y estimule debidamente. Nuestras deliberaciones se han de relacionar con investigaciones científicas que son las únicas que nos han de poner en aptitud de obrar racionalmente, así en cuanto a la cuarentena como en cuanto a las cuestiones sanitarias, investigaciones que constituyen la piedra fundamental y los pilares de hierro de nuestro edificio higiénico".<sup>3</sup>

Señala el Dr. Williams que en los seis últimos decenios se han registrado grandes cambios en las

posibilidades del hombre para combatir las enfermedades transmisibles. Sin embargo, todavía es preciso mantener servicios de cuarentena, aunque la velocidad de los modernos medios de transporte ha reducido considerablemente la eficacia de dichos servicios. En los Estados Unidos de América no ha ocurrido ningún brote confirmado de viruela desde hace más de 15 años, pero el país sigue todavía dedicando de 15 a 20 millones de dólares anuales para defenderse contra la importación de esa enfermedad. Si se lograra la erradicación mundial de la viruela no se necesitaría gastar esas cantidades, ni vacunar constantemente a la población con las consiguientes molestias e incluso peligros.

Indica que en el Documento CD16/29 se mencionan las numerosas resoluciones unánimes sobre la prioridad concedida a la erradicación de la viruela, aprobadas por las naciones de las Américas desde 1950, y por las naciones del mundo, desde 1958, especialmente en 1964 y 1965. Desde 1948, la OPS ha invertido \$600.000 con esa finalidad (Documento CD 16/29, cuadro 1), cantidad que, sin duda alguna, no es excesiva en vista de los resultados obtenidos. Cabe preguntarse si no hubiera estado justificada la inversión de una cantidad algo mayor para alcanzar más rápidamente la meta.

Recuerda el orador que el Consejo Directivo, en su XV Reunión, encomendó<sup>4</sup> al Director de la Oficina que facilitara a los Gobiernos los servicios de asesoramiento necesarios, y en ese sentido, es esencial que la Organización asuma la dirección en un esfuerzo final para eliminar la viruela de las Américas. Ahora bien, la responsabilidad fundamental para llevar a cabo la tarea incumbe a los Gobiernos respectivos.

Sigue diciendo el Dr. Williams que el Dr. Candau ha calculado que tal vez se necesitaría una cantidad adicional de \$2.000.000 a \$2.500.000, anualmente, de los fondos internacionales durante los próximos 10 años, a fin de alcanzar la erradicación mundial de la viruela. Explica que los Estados Unidos de América propusieron la inclusión del tema 34 en el programa, en primer lugar, para poner de relieve la necesidad de que todos los Estados Miembros de la OMS y de la OPS pongan el máximo empeño en erradicar la viruela y, en segundo lugar, para permitir una evaluación de los recursos financieros y de otra índole necesarios, y determinar cuándo podrá disponerse de ellos.

<sup>2</sup> Véase novena sesión plenaria, pág. 124.

<sup>3</sup> *Transactions of the First General International Sanitary Convention of the American Republics*, pág. 184, Government Printing Office, Washington, D.C., 1903.

<sup>4</sup> Resolución XLI. Documento Oficial de la OPS 58, 43-44.

En respuesta a la resolución <sup>5</sup> de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 1965) sobre el tema, los Estados Unidos de América han estado explorando las posibles maneras de prestar apoyo al programa de acuerdo con las medidas que, en este sentido, estén dispuestos a adoptar otros Estados Miembros. Expresa su satisfacción por la información facilitada en el curso del debate, particularmente por las manifestaciones del Dr. Candau, y añade que el Director de la OSP tal vez tenga a bien informar al Comité Ejecutivo, en abril de 1966, y el Director General de la OMS al Consejo Ejecutivo, en enero de 1966, sobre los resultados de los esfuerzos que realicen para obtener recursos financieros y de otra índole, así como sobre el cálculo del costo del programa desde 1967 hasta que quede completada la erradicación.

América del Norte y América Central, así como las Indias Occidentales, han estado libres de viruela durante más de un decenio, y lo mismo ha ocurrido, prácticamente, en varios países sudamericanos desde hace varios años. En 1964 no se notificaron casos de viruela en Europa, en la URSS, en Africa al norte del Sahara, ni en la Región del Pacífico Occidental de la OMS, situación que hasta ahora no se había registrado en la época moderna. Evidentemente, las campañas contra la viruela reducen la propagación internacional de la enfermedad, y su rápida y completa erradicación es una cuestión de interés general. Para los países libres de la enfermedad es de suma importancia que quede erradicada también de los otros países. Por ejemplo, el Perú ha podido apreciar bien, en estos dos últimos años, lo que cuesta la reinfección.

El cólera, que había permanecido en un estado más bien de quiescencia y de extensión limitada durante el decenio posterior a la Segunda Guerra Mundial, en los últimos cinco años se ha propagado repentinamente en muchos países del Medio Oriente, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental. Es evidente que la propagación del cólera no ha sido debidamente controlada por los actuales servicios de cuarentena, y que en el caso de esta enfermedad, se ha repetido la experiencia de varios países europeos, hace unos años, con respecto a la viruela. Es indudable que ha llegado el momento de que se unan todas las naciones, no simplemente para prevenir que las enfermedades transmisibles pasen

de un país a otro, sino para erradicarlas de la faz de la tierra.

Recuerda el orador que el día en que la 18ª Asamblea Mundial de la Salud acordó que se trataría de erradicar la viruela del mundo entero en un plazo de 10 años, el Presidente de los Estados Unidos de América, Lyndon B. Johnson, anunció su firme apoyo a esa decisión y prometió ayudar facilitando los servicios de personal técnico y otros recursos, inclusive el establecimiento de instalaciones de laboratorio en los países en proceso de desarrollo, a fin de que pudieran disponer de la vacuna necesaria para la intensificación del programa. Sigue diciendo el Dr. Williams que el Presidente Johnson declaró que su programa de acción en ese sentido comprendía: 1) el pleno apoyo a la decisión de la Organización Mundial de la Salud para el desarrollo de un programa de erradicación de la viruela, con el objetivo de completarlo en el plazo de 10 años; 2) la aportación de los servicios de personal técnico y otros recursos necesarios a la Organización Panamericana de la Salud, organismo regional de la OMS, para intensificar la lucha antivariólica en América Latina, y 3) la colaboración en el establecimiento de instalaciones de laboratorio en los países en proceso de desarrollo con el fin de ayudarles a atender sus necesidades de vacuna para la intensificación de sus respectivos programas. El Presidente añadió que su Gobierno estaba dispuesto a colaborar con otros países interesados a fin de lograr que para 1975 la viruela pertenezca al pasado.

En resumen—dice el Dr. Williams—los Estados Unidos de América respaldan firmemente el programa, pero desean prestarle su apoyo en colaboración con otros países, bajo la firme dirección de la OMS y de la OPS para que determinen la labor a realizar. Añade que su país considera que en el mundo de 1965 no puede realizar una tarea de esta naturaleza por sí solo, ni debe tratar de hacerlo. Sin dicha dirección, ningún país, independientemente de su tamaño o recursos, puede pretender alcanzar pronto resultados satisfactorios en una empresa que, en definitiva, es de carácter universal.

El Dr. MARTÍNEZ (México) declara que, a su juicio, la orientación que facilite la OSP para resolver este problema debe traducirse, entre otras actuaciones, en la preparación de un informe con el objeto de recordar a los países que todavía se enfrentan con el problema, la apremiante necesidad en que se encuentran de adoptar las medidas más energéticas para resolverlo, y de reiterar a aquellos

<sup>5</sup>Resolución WHA18.38 Act. of. Org. mund. Salud 143, 24.

otros que ya han logrado erradicarla la conveniencia de intensificar y conservar su estado de inmunidad contra esta enfermedad. Cree que, al mismo tiempo, la Oficina podría dar a conocer a unos y a otros el costo que representa el mantenimiento de ese estado de inmunidad, no sólo en dinero, sino en vidas humanas. Recuerda que hace algunos años un médico inglés publicó un artículo en el que demostraba que la vacunación de niños en Inglaterra significaba la pérdida de vida de varios de ellos, ya que al dejar la inmunización en el estado en que esta se encontraba a la sazón, surgían casos de viruela, y la vacunación producía algunas muertes. Si se estudia el número de inmunizaciones que es necesario efectuar en la parte del mundo que ya se encuentra libre de esta enfermedad, se podrá comprobar que para mantener tal situación habría que invertir anualmente sumas considerables, e igualmente se podría estimar el número de vidas humanas que se pierde porque algunos países todavía no han podido erradicar la viruela.

Considera que sería útil que la OSP emprendiese un estudio al respecto y lo sometiera a la consideración de la OMS a fin de que esta lo hiciese llegar a todos sus Países Miembros, para que conocieran lo que la conservación de un estado de inmunidad significa en dinero, esfuerzos y vidas humanas si se quiere evitar que la viruela vuelva a extenderse en el mundo.

El Dr. QUIRÓS (Perú) ratifica las afirmaciones formuladas por el Dr. Candau con referencia a este importante tema, sobre todo en cuanto a la necesidad de perseverar en la acción. Agrega que es indiscutible, y esto lo corroboran las palabras del Representante del Brasil al referirse al estado del programa en su país, que se necesitan recursos, los que, a su juicio, podrían obtenerse a través de organizaciones internacionales. Cita, como ejemplo, el préstamo *sui generis* conseguido para la construcción del nuevo edificio de la Sede de la Organización, y cree que lo mismo podría hacerse en relación con el programa de erradicación de la viruela. La Organización Panamericana de la Salud —dice— no es solamente un organismo de ayuda multilateral, sino que muchas veces confía en la ayuda bilateral, consigue aportaciones de otros organismos—como el UNICEF, o los bancos—o estudia la forma de obtener los recursos necesarios a través de un préstamo o de cualquier otro procedimiento similar, o por intermedio de otra organización. Por estas razones, estima que los países

que aún no han podido erradicar la viruela, por dificultades de carácter financiero y administrativo, como señaló el Dr. Scorzelli, podrán hacerlo en breve.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) apoya las diversas observaciones formuladas por los Representantes en cuanto a la necesidad de que los países, contando con la ayuda, el estímulo y la orientación de la Oficina, continúen trabajando en pro de la erradicación de la viruela.

Manifiesta que, aunque para la lucha contra esta enfermedad, como ya se ha indicado, se poseen actualmente los conocimientos apropiados, una técnica sencilla y la producción necesaria de vacuna, interesa resaltar que se trata también de un problema de cobertura. En esencia, su erradicación no sólo implica la disponibilidad de conocimientos y de medios, sino la posibilidad de hacerlos llegar de manera adecuada a la totalidad de la población susceptible, y considera que, como afirmó anteriormente, a este aspecto hay que asignarle la más alta prioridad.

Añade que por simple que sea el procedimiento establecido para la lucha contra la viruela, en su país se dio el caso de que hasta fines de la década de 1950, época en que la Organización ya había alcanzado bastante desarrollo, los servicios locales de salud pública de Venezuela se concentraban en el control de los brotes epidémicos. Fue entonces necesario agregar a las actividades horizontales un programa vertical, que suele ser costoso, lo que constituye un ejemplo de una acción de este tipo apoyada por la horizontal normal. Señala que no obstante no existir en Venezuela casos autóctonos de la enfermedad desde mediados de aquella década, se prosigue dicha tarea en los mismos términos. Así, teniendo siempre en cuenta la necesidad de ampliar al máximo posible la cobertura de los servicios y de mantener un nivel inmunitario que asegure la protección total de la población, estima que es necesario no olvidar la importancia de esa labor, asociada naturalmente a un buen desarrollo de los servicios locales de salud pública.

Previene el Dr. Castillo Rey contra cualquier exceso de confianza en cuanto a la inmunización, y manifiesta que incluso en países que, como Venezuela, han logrado hasta este momento, y desde hace ya algunos años, liberarse de la viruela, no deja de preocupar el riesgo de reintroducción de la enfermedad a que están expuestos por las facilidades y rapidez de los medios de comunicaciones y trans-

porte. Insiste en que ello obliga, por lo tanto, a mantener un alto nivel de protección en todo momento, lo que, lógicamente, supone gastos. Cree que la Oficina Sanitaria Panamericana debe considerar este problema tanto en el orden teórico como en el presupuestario, no para asumir la responsabilidad total del mismo, que corresponde a los países, sino para orientar a estos, estimularlos y evitar que decaiga su interés por una cuestión de tanta transcendencia.

El Dr. Bica (Jefe, Departamento de Enfermedades Transmisibles, OSP), al comentar las observaciones formuladas por el Representante del Perú, señala, primero, que los datos de que dispone la Oficina no facilitan, evidentemente, una indicación real de la incidencia de la viruela, lo que se reconoce en el propio documento preparado sobre el tema, pero representan un índice de la tendencia de la enfermedad. Además, no cabe duda de que la notificación de los casos de viruela ha mejorado mucho en los últimos años, y se espera que todavía mejore más, sobre todo cuando los países establezcan servicios de vigilancia y cuenten con recursos más adecuados para el correspondiente diagnóstico de laboratorio.

Refiriéndose, en segundo lugar, a los servicios de asesoría, manifiesta que la Oficina ha venido prestando este tipo de asistencia a los países, entre ellos a Bolivia, Colombia y Ecuador, no sólo en la planificación del programa de vacunación, sino también en su organización y ejecución. Por otro lado, informa que más de 12 ó 13 países han recibido servicios de asesoría para la producción de vacuna, habiendo adjudicado asimismo la Oficina un número apreciable de becas para adiestramiento de personal nacional. Declara que la OSP está siempre dispuesta a asesorar a los países que lo soliciten, tanto en los diversos aspectos del programa de vacunación, como en el establecimiento de servicios de vigilancia para diagnóstico de laboratorio de la enfermedad, en la preparación de vacuna antivariólica liofilizada, y en la formación de personal nacional. Tal vez sería conveniente que los países utilizaran más a menudo los servicios del Laboratorio de Copenhague para pruebas de control de la vacuna, ya que esta es la única manera de asegurar la utilización de un producto de buena calidad.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) desea poner en conocimiento del Consejo—y señala que en este sentido le han sido muy gratas las expresiones del

Representante de México, Dr. Martínez—que la Oficina ha adoptado las disposiciones adecuadas para que en el curso de los próximos meses un grupo de tres o cuatro expertos realice las visitas necesarias, y con la anuencia de los Ministros de Salud y de sus distinguidos colaboradores, estudie en detalle las diversas cuestiones que se han planteado durante estos debates y que se refieren a países que todavía tienen restos de endemia. Observa que en 1948, época en que se disponía de datos mucho más insuficientes que hoy, se registraron 30.000 casos de viruela. En su opinión, en 1965 no llegarán seguramente a 5.000, siendo las cifras mucho menos deficientes. Por lo tanto, aquellos países en donde persiste la endemia deben señalar cuáles son sus requerimientos totales para terminar con la enfermedad. En dicho total se deben incluir gastos de toda índole, correspondiendo al Gobierno respectivo indicar de qué recursos dispone y qué espera de la colaboración internacional. En el caso de aquellos otros que, afortunadamente, y gracias a su propia iniciativa y esfuerzos, han logrado eliminar la enfermedad—como tan acertadamente ha señalado el Representante de México—deberán precisar lo que necesitan para mantener un nivel suficiente de inmunidad que impida la penetración de la viruela en el supuesto de que un portador llegase a sus costas o a sus fronteras.

Estima el Dr. Horwitz que, basándose en un estudio, que será tan acucioso como los Gobiernos tengan a bien determinar en cuanto a procurar los antecedentes del caso, la Oficina, por un lado, estaría en condiciones de proponer al Consejo un planteamiento definitivo, en armonía con la magnitud de este problema, para la década que se iniciará el año próximo, y por el otro, estaría dispuesta a coordinar sus esfuerzos con los de la Organización Mundial de la Salud con arreglo al criterio general que la Asamblea formule sobre la cuestión. El Dr. Horwitz comparte la opinión expresada por el Dr. Castillo Rey en el sentido de que el asunto debe estudiarse desde el punto de vista del mantenimiento y de la cobertura. Sería lamentable, dice, que los países lograran una inmunización activa y que en un lapso de 10 ó 15 años se registrasen en ellos nuevamente altas cifras de morbilidad por no haber organizado un servicio mínimo de mantenimiento, siendo además evidente que el contacto humano aumentará con el transcurso del tiempo.

En cuanto a la determinación de las inversiones

necesarias, afirma el Director que es preciso tener en cuenta las contribuciones que en ese sentido pueden hacer otros servicios del Estado, cuyo personal, por estar en relación directa con las comunidades, podría perfectamente recibir el adiestramiento que requiere el uso de los elementos que hoy día pueden emplearse: por ejemplo, el empleo de un inyector a presión es fácil y no necesita poseer una preparación especial. En su opinión, hay diversos servicios gubernamentales que, distribuidos en el territorio nacional, podrían participar en la etapa de cobertura, reduciendo así los costos y acelerando el proceso de inmunización. Respecto a este punto, sugiere la conveniencia de que se establezca una estimación de lo que representaría la instalación de servicios mínimos—como había señalado con tanto acierto el Representante del Brasil—transformando la penetración vertical en la estabilidad horizontal hasta donde lo permita la naturaleza de las circunstancias y el grado de desarrollo. Manifiesta seguidamente que, a pesar de ser breve el plazo y del deseo de evitar toda acción precipitada, capaz de suscitar dudas en el futuro, se espera poder disponer de esos datos para presentarlos al Comité Ejecutivo en abril de 1966. Agrega que aun cuando se ha pensado en la conveniencia de designar tres o cuatro consultores, es poco probable que esta información pueda estar lista antes de la reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS que se celebrará en el mes de enero. Lo que se persigue es realizar un análisis lo más real posible de las condiciones de cada país—resultado que necesariamente dependerá de lo que los Gobiernos determinen—y no estimaciones superficiales basadas en cálculos, muy aleatorios, de costos por persona.

Subraya que este problema siempre le ha inspirado el más vivo interés y recuerda que, históricamente, cuando en 1950 se incorporó a la Organización Panamericana de la Salud, el Dr. Fred L. Soper contrató sus servicios precisamente para que trabajara en el campo de la viruela, que ha constituido su preocupación desde aquella época, a pesar de que otras responsabilidades no le hayan permitido continuar la labor iniciada a la sazón.

El problema del diagnóstico de la enfermedad es otro aspecto digno de estudio: en los brotes registrados en los últimos años se ha comprobado lentitud en la denuncia de casos, por existir dudas sobre el diagnóstico. La verdad es que, a medida que el tiempo ha transecurrido, el conocimiento médico sobre la clínica de la viruela va desapare-

ciendo poco a poco, por falta de casos. No queda, pues, otra posibilidad que recurrir cada vez más al diagnóstico biológico, campo en el que se han logrado evidentes progresos. Añade que las técnicas en sí no ofrecen complicaciones y se espera que en el curso del año próximo, contando siempre con la generosa colaboración de los Gobiernos, y, en este caso, particularmente con la del Gobierno del Brasil, pueda organizarse en el Instituto Adolfo Lutz, de São Paulo, un curso de alto nivel, para técnicos, sobre diagnóstico de la viruela y de otras enfermedades que, aun cuando sean de etiología muy diversa, tienen una clínica comparable. Informa que oportunamente se solicitará a los Ministros de Salud respectivos que designen expertos para que participen en dicho seminario práctico de diagnóstico. Asimismo, la Oficina espera que en cada país se instalen los servicios correspondientes ya que, como se ha destacado, es lenta la denuncia de casos por las dudas en cuanto al diagnóstico clínico, y hoy día estas dudas no pueden resolverse sin el diagnóstico etiológico.

Confía en que al presentar el detalle del Programa y Presupuesto para 1967, conforme lo establece la resolución<sup>o</sup> aprobada, la Oficina pueda incorporar al documento correspondiente, en la forma más acertada posible, el resultado de este análisis continental de conjunto. Declara el Director que aun cuando el Comité Ejecutivo se pronunciará sobre la cuestión e informará al Consejo Directivo de la Organización como corresponda, desea reiterar las manifestaciones formuladas por el Jefe del Departamento de Enfermedades Transmisibles, Dr. Bica, en el sentido de que dentro de la política que el Consejo ha establecido para la erradicación de la viruela, no han faltado fondos para casos de emergencia, y cree que tampoco faltarán en el futuro. Debe señalar, sin embargo, que corresponde al Consejo especificar con toda claridad hasta dónde debe llegar la colaboración internacional, ya que esta puede comprender desde la simple asesoría técnica hasta el pago de sueldos locales. Termina diciendo que, de acuerdo con la política general actual, la Oficina tiene, en materia de asesoría técnica, funciones bien definidas que, en su opinión, se han cumplido con éxito, porque la tendencia en los datos registrados así lo revela.

<sup>o</sup> Resolución VII. Documento Oficial de la OPS 66, 13-14.

**Tema 24: Resoluciones del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional (continuación)**

*Proyecto de resolución propuesto por la Delegación de los Estados Unidos de América*

El PRESIDENTE anuncia que se va a proceder a la lectura del proyecto de resolución propuesto por la Delegación de los Estados Unidos de América sobre la dinámica de la población.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al mencionado proyecto de resolución, que dice así:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la Resolución WHA18.49 de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud;

Vista la Resolución XXXI de la XV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XVI Reunión del Comité Regional de la OMS, en la que se recomienda la realización de varios estudios sobre dinámica de la población; y

Reconociendo la relación y acción recíprocas de la salud, el crecimiento de la población y el desarrollo económico y social, así como la importancia de llevar a cabo programas activos de cooperación entre las organizaciones del sistema interamericano,

RESUELVE:

Encomendar al Director:

1. Que proporcione servicios de asesoramiento, cuando se soliciten, sobre los aspectos de salud de la dinámica de la población, de conformidad con la Resolución WHA18.49 adoptada en la 18ª Asamblea Mundial de la Salud.

2. Que coopere con el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso en los estudios que se le han asignado en el informe sobre la marcha de la Alianza para el Progreso (Sec. I, párrafo 16), aprobado en la Tercera Reunión Anual del CIES al Nivel Ministerial, el 9 de diciembre de 1964, y que participe en cualquier otra actividad de dicho Comité relativa al problema de la población.

3. Que realice estudios, cuando sea conveniente, sobre dinámica de la población relacionados con las actividades del programa de la OPS y apoye, en la medida apropiada, la labor de adiestramiento profesional.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) propone que se supriman las palabras siguientes al final del párrafo segundo de la parte dispositiva del proyecto de resolución: ". . . y que participe en cualquier otra actividad de dicho Comité relativa al problema de la población".

*Decisión:* Por 18 votos a favor, ninguno en contra y una abstención, se aprueba el proyecto de resolución propuesto por la Delegación de

los Estados Unidos de América sobre la dinámica de la población.<sup>7</sup>

*Proyecto de resolución propuesto por la Delegación de Argentina*

El PRESIDENTE anuncia que se va a proceder a la lectura del proyecto de resolución propuesto por la Delegación de la Argentina sobre las preparaciones farmacéuticas.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al mencionado proyecto de resolución, que dice así:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo presente la Resolución WHA18.36 de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud sobre la necesidad de que los Gobiernos tomen disposiciones para que las preparaciones farmacéuticas importadas o de fabricación nacional estén sujetas a una inspección cualitativa adecuada, para lo cual es necesario que se establezcan servicios de laboratorios de análisis con este fin;

Visto el informe del Consultor Temporero de la OSP/OMS sobre las posibilidades del establecimiento de un Laboratorio Internacional de Análisis de Productos Farmacéuticos (Documento CD16/19, Addendum II, Anexo II) que asimismo serviría como centro de adiestramiento e investigación en este campo; y

Considerando las Recomendaciones VII.C.2 que figuran en el Informe Final de la Reunión de Ministros de Salud, Grupo de Estudio (Washington, D. C., 15-20 de abril de 1963) sobre la calidad y el costo de drogas esenciales,

RESUELVE:

1. Felicitar al Director por la prontitud con que la Oficina ha iniciado su colaboración con los Gobiernos para dar cumplimiento a la Resolución WHA18.36 aprobada en la 18ª Asamblea Mundial de la Salud.

2. Recomendar a la Oficina que continúe los estudios sobre las posibilidades de establecimiento de laboratorios internacionales para análisis de productos farmacéuticos que puedan actuar como laboratorios de referencia para los Países Miembros.

3. Destacar a la consideración de los Gobiernos la importancia de las Recomendaciones VII.C.2 sobre calidad y costo de drogas esenciales, que figuran en el Informe Final de la Reunión de Ministros de Salud, Grupo de Estudio, reunido en Washington, D. C., en 1963.

4. Solicitar al Director que informe a la próxima reunión del Consejo Directivo sobre el resultado de estos estudios, así como de las posibilidades que ofrece la Organización para brindar una ayuda más amplia en el desarrollo de proyectos de este tipo.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América)

<sup>7</sup> Resolución IX, Documento Oficial de la OPS 66, 15-16.

manifiesta que como acaban de entregarle el proyecto de resolución presentado por el Representante de la Argentina, y dada la importancia del tema, preferiría que se procediera al examen y votación del mismo en una próxima sesión.<sup>3</sup>

*Así se acuerda.*

**Tema 26: Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de la seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud (continuación)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Panamá*

El PRESIDENTE anuncia que se va a proceder a la lectura del proyecto de resolución presentado por la Delegación de Panamá sobre la coordinación de la atención médica en la América Latina.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al proyecto de resolución que dice así:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe final del Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica en América Latina (Documento CD16/25);

Teniendo presente que el goce del grado máximo de salud es un derecho de todo ser humano, sin ninguna discriminación, derecho que debe ser garantizado por el Estado a través de la organización de un sistema de servicios de protección, promoción y recuperación de la salud;

Aceptando que los servicios gubernamentales de salud y los servicios médicos de la seguridad social se complementan y, por consiguiente, son elementos fundamentales de la estructura nacional de salud; y

Reconociendo que las técnicas de la planificación del desarrollo económico y del progreso social obligan a los países a una utilización racional de su capacidad instalada y a una programación metódica y coordinada del desarrollo de sus recursos humanos y materiales,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe final del Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica en América Latina.

2. Agradecer al Director de la Oficina y a los miembros del Grupo el acabado análisis del problema en estudio, como asimismo a la Organización de los Estados Americanos su eficaz cooperación.

3. Confirmar su resolución anterior en el sentido de que este informe sea transmitido a los Gobiernos, con un requerimiento para la aplicación progresiva de sus reco-

mendaciones tendientes a obtener mecanismos de coordinación entre los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social, haciendo énfasis sobre la necesidad de practicar una encuesta para medir la verdadera magnitud y características del problema.

4. Recomendar a los Gobiernos que incluyan en el proceso de planificación nacional de la salud, el análisis de todo el sector salud, incluyendo las instituciones de seguridad social y privadas para asegurar que los altos niveles gubernamentales tomen decisiones para el desarrollo de una adecuada política de salud nacional.

5. Recomendar al Director de la Oficina que, en uso de sus atribuciones amplíe el campo de acción del programa de atención médica a fin de llevar a cabo las siguientes actividades:

a) Realizar estudios, difundir información y asesorar a las autoridades nacionales de salud en la promoción del mayor grado posible de coordinación entre las instituciones públicas, semiautónomas y privadas que mantienen servicios de atención médica.

b) Organizar, en colaboración con los organismos internacionales que se preocupan de la seguridad social, cursos, seminarios u otras reuniones dirigidas a la formación y adiestramiento de personal especializado en la administración de servicios de atención médica y de seguridad social.

c) A través de los Gobiernos respectivos, contribuir a la divulgación de los conceptos modernos del cuidado de la salud entre los grupos laborales y comunitarios locales a fin de asegurar su cooperación activa e inteligente, a los esfuerzos en favor de la coordinación.

d) Promover reuniones conjuntas en que participen tanto dirigentes médicos de los servicios de salud de los Ministerios de Salud como de las instituciones de seguridad social de los Países Miembros.

El Dr. ESQUIVEL (Panamá) indica que en el apartado a) del párrafo quinto de la parte dispositiva del proyecto de resolución se ha omitido la palabra "autónomas". El texto debe decir ". . . coordinación entre las instituciones públicas, autónomas, semiautónomas y privadas . . .".

El Dr. FERREIRA (Brasil) manifiesta que, si bien no ha podido examinar detenidamente el proyecto de resolución propuesto, de su simple lectura deduce que la Delegación de su país no podrá votar a favor del mismo, ya que en el Brasil tiene carácter doctrinario la posición adoptada, y que, por tanto, considera toda clase de actividades gubernamentales en materia de protección de la salud como atribución exclusiva del Ministerio de Salud. Agrega que este punto es en extremo delicado, porque en varios países, incluso en el Brasil, los servicios de asistencia médica pertenecientes a la previsión social no

<sup>3</sup> Véase undécima sesión plenaria, pág. 148.

dependen del Ministerio de Salud. La Delegación del Brasil no desea proponer o adoptar una posición ortodoxa, pero el proyecto de resolución en su forma actual supone la aceptación de una dualidad doctrinaria, y mientras así suceda y el criterio del Brasil no sea paradójicamente distinto del que corresponda desde el punto de vista internacional, su Delegación se abstendrá de votar.

No cabe duda—señala—que la previsión social abarca un campo inmenso de actividades y que deben existir sistemas de relación mutua entre los órganos de previsión social y los de protección médica, pero a este respecto la Delegación del Brasil adopta una posición clara, que consiste en no aceptar un criterio definitivo en el sentido de que deba haber dualidad en la manera de prestar asistencia médica y servicios de previsión social.

El Ing. RIVERA (Costa Rica) señala que el proyecto de resolución presentado por Panamá comprende diversos aspectos distintos que, si bien están correlacionados, podrían ser analizados y sometidos a votación en forma independiente. Su país está de acuerdo con la tesis que acaba de exponer el Representante del Brasil relativa a la prestación de servicios médicos, y más aún, coincide con la definición de la política de prestación de servicios de salud formulada por el Dr. Ferreira. Asimismo considera que el establecimiento de la política y la definición de las normas a seguir es prerrogativa exclusiva del Estado, que este ejerce a través de su Ministerio de Salud. Aunque no se puede ignorar la disponibilidad de recursos de los servicios de seguridad social, estos, sin quedar relegados a segundo término ni desconocer la libertad de que gozan para el mejor cumplimiento de su cometido, deben estar sujetos a la política nacional de salud que se establezca con arreglo a un plan encaminado a atender de la mejor forma posible a la totalidad de la población, no sólo a parte de ella. Anuncia que, por este motivo, la Delegación de Costa Rica no podrá votar en favor del proyecto de resolución tal como está redactado, y sugiere que se analice por partes, sometiéndose estas a votación en forma independiente.

El Dr. CALVO (Panamá) se muestra de acuerdo con lo expresado por los Representantes del Brasil y Costa Rica y propone la creación de un grupo de trabajo en el que figuren ambos países, encargado de estudiar de nuevo dicho texto y de redactar un proyecto de resolución definitivo.

El Dr. BONICHE VÁSQUEZ (Nicaragua) propone

que en la redacción definitiva del mencionado proyecto de resolución se incluya una idea que ya sugirió en otra oportunidad, recomendando a los Gobiernos que los organismos de seguridad social incorporen a sus planes de trabajo programas de inmunización sistemática de la población, aplicados con la asesoría técnica de los respectivos Ministerios de Salud.

El Dr. QUIRÓS (Perú) se muestra plenamente de acuerdo con el criterio sustentado por los Representantes del Brasil y Costa Rica, que ha sido aceptado por la Delegación de Panamá. Resalta la importancia que se atribuye en el proyecto de resolución a la necesidad de estudiar la coordinación de los servicios de seguridad social con los servicios de salud pública, y estima que la Organización puede contribuir de forma muy específica y objetiva a remediar la injusta situación que existe actualmente en la mayoría de dichos servicios de seguridad social en las Américas.

El Dr. BRAVO (Asesor Especial, OSP) asegura que el debate sobre el tema es motivo de gran satisfacción para los miembros de la Oficina, porque demuestra el interés que el mismo inspira a todos los Representantes, así como por haber permitido, además, un planteamiento extraordinariamente amplio, de acuerdo con el cual, la Organización asume la responsabilidad de atender las numerosas solicitudes que los Representantes de los respectivos países están formulando. Recuerda que el Profesor René Dubos define al ser humano como ente biológico y social, sujeto, por un lado, a las leyes de la herencia y, por otro, sometido a los factores ecológicos derivados de su vida en un medio ambiente determinado, y agrega que un enfoque amplio y conjunto de estos factores que influyen en el estado de salud o enfermedad permitirá a la Organización Mundial de la Salud facilitar lo que ha ofrecido, es decir, el más alto estado de bienestar físico, mental y social para todos los individuos sin distinción. Hace constar que ese bienestar social abarca el cumplimiento de responsabilidades relativas a la educación, la vivienda y la recreación, al mismo tiempo que a la protección, fomento y recuperación de la salud, mediante la organización y sostenimiento de los correspondientes servicios, los cuales pueden ser utilizados, con pleno derecho, por todos los ciudadanos.

El Dr. Bravo estima que en el momento actual del desarrollo de los servicios de salud en los distintos países del Continente la Oficina debe



adoptar una posición lo suficientemente amplia para permitir que los distintos Gobiernos, de acuerdo con su propia tradición histórica, su sistema jurídico y su organización administrativa puedan afrontar el problema de acuerdo con su realidad nacional. Indica que algunos Gobiernos tal vez se encuentren ya en condiciones de lograr una integración completa, pero que hay otros que no han llegado aún a ese estado de evolución, por lo que los organismos internacionales, como la Oficina Sanitaria Panamericana, tienen que disponer de sistemas lo suficientemente flexibles para colaborar con cada país, teniendo en cuenta su situación peculiar, sus aspiraciones y sus propios planteamientos del problema de la coordinación de sus servicios.

Lo importante es no olvidar que se debe ir avanzando hacia una coordinación cada vez más estrecha, enfrentándose de modo realista con los organismos que, al presente, actúan en este campo. Indica que cualquiera que sea el planteamiento que la Organización adopte en el orden teórico, lo cierto es que, en la práctica, las instituciones de seguridad social administran, dirigen y mantienen servicios médicos en casi todos los países. Si estos hechos no se reconocieran, ello equivaldría, hasta cierto punto, a ignorar la realidad.

Alude al hecho, puesto de relieve por varios Representantes, de que en las Delegaciones de los Gobiernos no participa personal de la seguridad social, y recuerda que el Comité Ejecutivo, en su 52ª Reunión celebrada en abril de 1965, aprobó la Resolución XVI<sup>9</sup> en la cual, explícitamente, se destaca la importancia de que en el análisis del problema que se debate participen altos funcionarios encargados de las prestaciones médicas de los servicios de seguridad social, encomendándose al Director de la OSP que sugiriese a los Gobiernos que incluyan a dichos funcionarios en sus Delegaciones. El Dr. Bravo señala, en conclusión, que el Director de la Oficina cumplió con este mandato del Comité Ejecutivo y, respondiendo a su llamamiento, algunos países, aunque no la totalidad, incluyeron en sus Delegaciones a funcionarios de la seguridad social; confía en que en futuras reuniones su participación sea más numerosa.

El Dr. MARTÍNEZ (México) recuerda que, en la 50ª Reunión del Comité Ejecutivo celebrada en 1964, la Delegación de su país sugirió<sup>10</sup> el estudio de este tema con el propósito y la esperanza de

que la Oficina Sanitaria Panamericana prestara su valioso concurso para que en todos los países de América los sistemas de seguridad social sigan colaborando en el mejoramiento de la salud pública del Continente. En México, añade, la seguridad social adquiere mayor trascendencia cada día y, desde su fundación hasta la fecha, ha constituido una de las actividades de mayor importancia en el perfeccionamiento de la salubridad nacional.

Hace constar seguidamente que el Gobierno de su país, y específicamente la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se congratula de los progresos y realizaciones que la seguridad social mexicana ha llegado a alcanzar. Señala que si bien la seguridad social constituye un procedimiento administrativo de gran importancia para acelerar el mejoramiento de la salud, conviene recordar que, como organización administrativa, puede adoptar muy diversas modalidades según la legislación de cada país. A su juicio, lo que hace falta examinar con amplitud, más que la situación de cada nación, o la función de cada uno de los sistemas de seguridad social—o su capacidad económica en relación con la de los Ministerios de Salud—es la misión que puede desempeñar la Oficina Sanitaria Panamericana para conseguir que las actividades de cualquier sistema administrativo que tenga por objetivo la protección o fomento de la salud se coordinen con las de los demás sistemas.

El Dr. Martínez sostiene un criterio distinto del expresado por el Dr. Bravo, cuando dice que todos están de acuerdo en que la integración debe ser la meta final. Opina que ello significa prejuzgar el destino de la organización social de cada pueblo. Estima que ese ideal puede considerarse favorablemente desde el punto de vista de cada país, pero no de todos. No es necesario que la prestación de servicios de salud constituya forzosamente una sola unidad administrativa en cada país. Es preciso tener en cuenta que la organización de los países de América es en extremo diversa desde el punto de vista constitucional. Por ejemplo, México tiene una estructura federal en la que cada estado goza de libertad y autonomía, no siendo posible ni fácil pensar siquiera en la existencia de una única unidad administrativa de servicio de salud. Por lo tanto, cree oportuno que el grupo de trabajo designado tome en consideración que el propósito fundamental que se persigue consiste en establecer las medidas más adecuadas para que la OSP contribuya a acelerar y perfeccionar las relaciones mutuas de

<sup>9</sup> Documento Oficial de la OPS 62, 16-17.

<sup>10</sup> Documento Oficial de la OPS 60, 220.

todos los sistemas administrativos encargados de la salud en cada país, sea cual fuere su respectiva estructura interna. Estima que si se insiste en sostener que la seguridad social establece una discriminación económica entre grupos sociales, no se conseguirá otra cosa que atacar a un sistema benéfico, sin ningún fin previamente determinado. Sin embargo, es indudable que la seguridad social beneficia, en general, a los grupos que, por definición, tienen trabajo y, por ende, se hayan en mejores condiciones económicas que otros, por lo que, a su entender, tienen pleno derecho a servirse de esa situación como estimen más conveniente, entre otras formas, organizando sistemas para mejorar su propia salud.

En conclusión, el Dr. Martínez solicita que el grupo de trabajo tenga en cuenta el punto de vista de México con arreglo al cual debe solicitarse únicamente que la Oficina establezca un mecanismo eficaz para prestar ayuda a los países, a fin de favorecer el debido ajuste de todos los sistemas administrativos nacionales que actúen legalmente en beneficio de los distintos grupos que integran cada país.

El Dr. VALDIVIESO (Chile) manifiesta que la Delegación de su país está dispuesta a votar de manera afirmativa el proyecto de resolución propuesto, pero que desea fundamentar el sentido de su voto, porque, doctrinariamente, concuerda en gran parte con lo expuesto por el Representante del Brasil. La Delegación de Chile estima que incumbe al Estado garantizar la salud de la población en sus distintos aspectos y que esta función debe cumplirse, categóricamente, por intermedio del Ministerio de Salud. A juicio del Dr. Valdivieso, las instituciones de seguridad social deben tener un carácter estrictamente previsor; sin embargo, en consideración a que muchos países están todavía muy lejos de conseguir este objetivo, la coordinación interministerial que se propone supone una medida de indudable utilidad.

El Dr. FERREIRA (Brasil) agradece al Representante de Panamá que haya propuesto la formación de un grupo de trabajo encargado de redactar una propuesta aceptable para los miembros del Consejo, pero sin imponer a los Gobiernos un criterio determinado. La flexibilidad—añade—constituye la razón de ser de la Organización y justamente por eso la Delegación del Brasil ha adoptado desde el principio una posición que permita a los países participantes elegir su propio camino, en vez de aprobar una resolución que pueda parecer, en

cierta forma, tendenciosa, aconsejando la coexistencia de actividades en el campo de la salud, atribución que en algunos países corresponde al organismo creado para ese fin. Opina que la cuestión que se está debatiendo es muy delicada y que no puede ser resuelta aplicando procedimientos coactivos, por lo que en las resoluciones que se adopten conviene subrayar con toda claridad el principio de que los países pueden seguir libremente su camino en la estructuración jurídica de los órganos destinados a la protección de la salud. Precisa que no se trata de establecer la tesis de que los Ministerios de Salud tengan necesariamente a su cargo todos los sectores en este campo. Nuestra función, agrega, ha de ser de interpenetración, estímulo y participación con todos los organismos estatales, sea cual fuere la estructura política de los países respectivos. Pero nunca será excesivo afirmar que el principio fundamental en que se basen las decisiones gubernamentales debe estar cimentado en una doctrina, en una filosofía.

Concluye afirmando que apoyará calurosamente la propuesta del Representante de Panamá y solicita de la Presidencia que el grupo de trabajo propuesto quede integrado principalmente por los Representantes que indicaron el deseo de que sus diferencias se armonicen en una sola resolución basada en la propuesta de Panamá, con las modificaciones necesarias a fin de dar más homogeneidad al punto de vista expresado por la Delegación del Brasil.

El PRESIDENTE sugiere que el grupo de trabajo encargado de modificar el proyecto de resolución presentado por la Delegación de Panamá quede integrado por los Representantes de Brasil, Costa Rica, Chile, México y Panamá, rogando al mismo que presente en la próxima semana un texto que armonice los criterios expuestos por los diversos países.<sup>11</sup>

*Así se acuerda.*

*Se suspende la sesión a las 10:45 a.m.  
y se reanuda a las 11:15 a.m.*

### **Tema 11-A: Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas**

El Dr. DA SILVA (Jefe, Departamento de Erradicación de la Malaria, OSP) presenta el Documento CD16/13,<sup>12</sup> que constituye el XIII Informe sobre el

<sup>11</sup> Véase la decimotercera sesión plenaria, pág. 180.

<sup>12</sup> Véase Anexo 2, págs. 225-345.

estado de la erradicación de la malaria en las Américas en el período comprendido hasta diciembre de 1964.

Señala que la información estadística, tanto técnica como administrativa, que figura en el documento, ha sido proporcionada a la Oficina por los Gobiernos por intermedio de sus Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria, e invita a los Representantes a que fijen su atención en los mapas que revelan el estado general de las campañas desarrolladas en el Hemisferio en 1963 y 1964. Agrega que ello permitirá comparar los progresos registrados en el período e interpretar debidamente el cuadro 1 (Comparación de población y superficie sometidas a diversas fases del programa de erradicación de la malaria en las Américas, en 1963 y 1964 y porcentajes de cambio en cada fase).

Destaca que en el cuadro 2 se presentan las áreas que entraron en la fase de mantenimiento y de consolidación y se señala cómo han ido disminuyendo a partir de 1960, y advierte que lo que para una persona no conocedora de la cuestión tal vez pudiera ser interpretado como un peligroso retroceso, representa, en realidad, un progreso. Explica este punto de vista haciendo constar que en 1961 muchos programas completaron los cuatro años clásicos de rociado intradomiciliario con un insecticida de acción residual, y con la deficiente información epidemiológica disponible consideraron que la transmisión había sido interrumpida en extensas áreas. No obstante, a partir de 1962 muchas de esas áreas tuvieron que volver a la fase de ataque, ya que la intensificación de las actividades de vigilancia que fue posible merced a las economías obtenidas con la suspensión del rociado, revelaron la necesidad de proceder así. Durante 1962 y 1963 se registró el mismo fenómeno, aunque en menor escala. A partir de 1964 la decisión de suspender la fase de ataque se estabilizó como consecuencia de la experiencia de los años anteriores.

Indica que tales decisiones fueron adoptadas, en la mayoría de los casos, con la plena cooperación de los asesores en malaria de la Oficina Sanitaria Panamericana, bien a nivel local o central.

Añade que la situación económica para la realización de muchos de estos programas y los problemas que planteaba la persistencia de la transmisión eran tan apremiantes, sobre todo cuando no se vislumbraba un financiamiento inmediato más adecuado, que no había otra alternativa que suspender

el ataque en las áreas de menor incidencia malárica para concentrar los limitados recursos en aquellas otras en que hubiera un mayor número de enfermos.

Entre los años de 1961 y 1963, en especial, existía el convencimiento de que el simple rociado intradomiciliario no bastaba para interrumpir la transmisión en ciertas áreas importantes y, además, no era satisfactoria la información epidemiológica de las áreas en fase de consolidación. El problema se vio agravado por el movimiento de migración interna y externa de la población (movimiento que en muchos casos fue originado por el desarrollo del programa de la Alianza para el Progreso).

A fines de 1963, el Gobierno de los Estados Unidos de América decidió cooperar más intensamente en la campaña concediendo préstamos, en condiciones extremadamente favorables, por medio de su Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), a los Gobiernos que así lo desearan. A partir de septiembre de 1963 la Oficina coadyuvó con los Gobiernos interesados en la preparación de los planes de operación destinados a atacar simultáneamente el problema de la malaria en cada territorio nacional.

En el cuadro 5 se presenta un resumen sobre la extensión y naturaleza de las áreas problema y de las medidas adoptadas y planeadas para su solución. Precisa que según definición del X Informe del Comité de Expertos de la OMS en Paludismo,<sup>13</sup> constituye área problema toda región geográfica bien definida en la que una evaluación epidemiológica apropiada muestra que la transmisión de la malaria persiste a pesar de haberse aplicado insecticidas de acción residual en forma total, completa, suficiente y regular, donde mediante estudios detenidos se ha demostrado que la persistencia de la transmisión no se debe a factores administrativos o de ejecución y donde es preciso adoptar medidas complementarias para evitar la aparición de nuevos casos.

En el cuadro 6 se indican los programas de tratamiento colectivo realizados durante 1964, trabajo que ha sido en gran medida intensificado durante 1965, especialmente en El Salvador, Guatemala y Haití.

En los cuadros 7, 8, 9, 10 y 11 se hace referencia al personal nacional que participó en el programa; en el cuadro 12 figuran los elementos de transporte disponibles y en el 13 los presupuestos nacionales de 1963, 1964 y 1965, indicándose con un asterisco aquellos programas que se considera que tuvieron un financiamiento inadecuado.

<sup>13</sup> *Org. mund. Salud. Ser. Inform. técn.* 272, 3-4.

Indica el Dr. da Silva que conviene mencionar que del 28 al 29 de abril de 1965 los Ministros de Salud de Centro América y Panamá se reunieron en Washington, invitados por el Director de la OSP, con el fin de analizar los aspectos técnicos y administrativos del programa de erradicación de la malaria en el Istmo. Los documentos correspondientes a esta Conferencia figuran en la *Publicación Científica de la OPS 116*. En la Conferencia se reconoció que la malaria, por sus características epidemiológicas, es un problema regional y que el éxito de los diversos programas depende no sólo del acierto con que un Gobierno los lleve a cabo, sino también de la perfección y eficacia con que se realicen en los demás países participantes. Con este espíritu de mutua colaboración, dice, los Ministros suscribieron un Acuerdo<sup>14</sup> en el que reconocieron que el financiamiento adecuado de los programas de erradicación es condición indispensable para el éxito de los mismos y que a fin de lograr dicho financiamiento es necesario recurrir a la ayuda externa, para lo cual se recomendaba a los Gobiernos de los países signatarios que gestionasen los préstamos correspondientes, a la mayor brevedad posible. Informa que se creó un Grupo de Trabajo de Coordinación, subordinado al Consejo Superior de Salud de Centro América y Panamá, formado por los Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria de los países de la región, con participación de los organismos internacionales que cooperan en los programas, y hace constar que dicho Grupo de Trabajo ha celebrado ya dos reuniones. En la última, que tuvo lugar en Guatemala del 6 al 8 de septiembre de 1965, se estudiaron detenidamente los planes de operaciones a realizar en sus países en el período de 1966 a 1968, con el fin de proporcionar a los Gobiernos los elementos necesarios para conseguir el financiamiento adecuado de las campañas. Asimismo se preparó un informe para el Consejo Superior de Salud, indicando cómo están coordinadas las actividades entre los países participantes.

En el cuadro 14 del documento que se presenta se señala el resultado comparado de la búsqueda activa y pasiva de casos durante 1964. Advierte el Dr. da Silva que es evidente que, en la búsqueda pasiva, el porcentaje de positividad es casi siempre más elevado que en la búsqueda activa, lo que, sin embargo, no significa que esta última deba ser abandonada, pues ambas se complementan, ya que

existen muchas áreas rurales maláricas en el Continente en las que no se pueden organizar puestos de notificación, teniendo la campaña que utilizar su propio personal para ir de casa en casa buscando enfermos y sospechosos.

Describe a continuación el cuadro 15, que es puramente informativo y sin significación especial, pues no revela la verdadera situación epidemiológica del Continente. Afirma que aún existen áreas maláricas que no se hallan en fase de ataque o en las que apenas este se ha iniciado, lo que hace que aparezca un aumento global de casos, aunque estos hayan disminuido en algunos países.

Se refiere a las páginas 25 a 106 del documento, en las que aparecen datos detallados sobre la marcha de las actividades en cada país y menciona seguidamente a un capítulo sobre los problemas técnicos especiales, advirtiendo que en los informes anteriores ya se expusieron los problemas técnicos que entorpecen la marcha de las actividades de erradicación y que aumentan el costo de la labor lograda. Declara que en ningún país han surgido nuevos problemas técnicos, sino que en algunos ha variado la magnitud de los ya conocidos.

En el capítulo titulado "Investigaciones sobre malaria" se da cuenta de los estudios especiales realizados durante el año pasado. Sobre este asunto, el Dr. da Silva recuerda que el Director de la Oficina convocó al Comité Asesor de la OPS en Erradicación de la Malaria en Washington, del 31 de agosto al 3 de septiembre de 1965, y que los allí reunidos tuvieron oportunidad de analizar la marcha del programa y los estudios realizados para encontrar solución a los problemas existentes, habiendo hecho importantes recomendaciones para la continuación de la campaña.

Para terminar, indica que en el capítulo "Cooperación internacional" se reseña la colaboración desarrollada entre las organizaciones internacionales y la AID y los Gobiernos, para la realización de las actividades mencionadas, entre las que destacan el Segundo Seminario sobre la Misión de los Servicios Generales de Salud en la Erradicación de la Malaria, que tuvo lugar en Cuernavaca, México, del 4 al 13 de marzo de 1965. La OSP ha condensado en una publicación<sup>15</sup> técnica los resultados del seminario que tuvo lugar en Poços de Caldas, Brasil, en 1964 y el de Cuernavaca mencionado.

El Dr. QUIRÓS (Perú) felicita al Director y al personal de la Oficina por el documento presentado

<sup>14</sup> Véase *Publicación Científica de la OPS 116*, 59-60.

<sup>15</sup> *Publicación Científica de la OPS 118*.

y subraya la necesidad de que la Organización siga prestando la mayor atención a un problema como el de la persistencia de la malaria en las Américas, problema que hasta hace poco tiempo constituía la principal causa de morbilidad y de mortalidad en el mundo entero. Aprovecha la oportunidad de que se halle presente en la sesión el Dr. Fred L. Soper para tributarle un cordial homenaje, calificándolo como "el hombre que ha marcado esta era tan trascendental de los programas de erradicación".

Refiriéndose a los llamados programas verticales y programas horizontales, afirma que unos no excluyen a los otros y que la experiencia muestra que hay necesidad de redoblar los esfuerzos. Alude seguidamente a las asignaciones de fondos de la Oficina con destino a la campaña contra la malaria y recuerda que, en sesión anterior, al discutir el presupuesto, se indicó que la Organización invertía en dicho programa más de un millón de dólares. Advierte, sin embargo, que en el documento "Cálculo de los Requerimientos para la Erradicación de la Malaria", que se discutirá después, sólo se registran como aportación del presupuesto ordinario de la Organización \$76.223 para 1965; \$79.761 para 1966; \$80.742 para 1967; \$84.000 para 1968, y \$87.000 para 1969, datos que causan inquietud y que, por tanto, obligan a la Oficina a adoptar al respecto providencias de orden financiero, ya que existen extensas zonas en las que aún no se ha hecho nada, lo que justifica que se siga dando al tratamiento del problema la prioridad que merece.

Resalta la falta de interés que, a su juicio, paulatinamente da muestras el UNICEF, como se puso de manifiesto concretamente en el caso de renovación de la flotilla de vehículos al servicio de la campaña en el Perú, renovación que sólo se atendió en un 50% después de largas discusiones entre funcionarios de la OPS y del UNICEF. Hace constar que, a su juicio, son los criterios técnicos del personal de la Oficina los que deben prevalecer sobre las consideraciones administrativas del UNICEF. Insiste en que es necesario prever fórmulas a aplicar cuando las aportaciones financieras voluntarias, cualquiera que sea su origen, lleguen a faltar.

El Dr. YÉPEZ (Ecuador) declara que la campaña de erradicación de la malaria es el programa de salud más importante que se está desarrollando en su país, pudiendo afirmar que es el único que se encuentra en su fase activa, ya que el de la viruela—que es el otro programa vertical—se halla en fase de mantenimiento. Informa que el Ecuador ha

cubierto en gran parte la fase de ataque, pero todavía quedan pendientes algunas zonas. Considera que deben intensificarse los estudios y la acción, e investigar minuciosamente las causas de la persistencia de la enfermedad.

En el Ecuador, la campaña ha sido financiada, en forma decisiva, por el Gobierno, que ha aportado la mayor cantidad de los recursos necesarios para la operación. El Gobierno de los Estados Unidos de América ha facilitado recursos en los últimos cinco años, pero esta aportación, otorgada a través de la AID, ha ido disminuyendo poco a poco hasta suprimirse en el curso del presente año. Señala que, con motivo de una visita efectuada al Ecuador por una Comisión de la OPS y de la AID, que fue requerida por el Gobierno para realizar una evaluación técnica y administrativa del programa, se encareció a los representantes de la AID la necesidad de no interrumpir la ayuda de este organismo.

Manifiesta que, como es normal, el Gobierno tiene que establecer, en general, sus planes financieros cada año, pero que el programa de malaria requiere financiamiento por fases, como unidad integral, siendo menester proporcionarle los recursos adecuados, cuestión aún no resuelta, ya que una solicitud de préstamo formulada a la AID con el propósito de cubrir la fase de ataque y parte de la de consolidación, no ha sido resuelta todavía. Pide a la Oficina que tenga en cuenta la situación especial de este programa en el Ecuador, ya que sólo faltan tres meses para que terminen los planes.

Seguidamente el Dr. Yépez somete a la consideración del Consejo el siguiente proyecto de resolución:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el XIII Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento CD16/13);

Teniendo en cuenta los progresos alcanzados, especialmente en los planes de financiación adecuada para varias campañas a partir de 1965;

Teniendo en cuenta los propósitos de las organizaciones internacionales y del Gobierno de los Estados Unidos de América de continuar y, si es necesario, aumentar su colaboración para que las campañas nacionales de erradicación de la malaria puedan proseguir sin tropiezos hasta alcanzar el objetivo final;

Considerando la importancia que representa para el Continente la coordinación de las actividades antimaláricas que llevan a cabo los Gobiernos de América Central y Panamá, al reconocer el carácter epidemiológico regional del problema;

Teniendo en cuenta las conclusiones de los Seminarios sobre la Misión de los Servicios Generales de Salud en la Erradicación de la Malaria; y

Considerando el Informe de la Primera Reunión del Comité Asesor en Erradicación de la Malaria, de la Oficina Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

1. Tomar nota del XIII Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento CD16/13).

2. Expresar su satisfacción por el interés continuado de los Gobiernos por erradicar la malaria de sus territorios mediante financiamiento más adecuado de sus campañas.

3. Reiterar la necesidad de mayor asistencia internacional y bilateral ante los problemas biológicos que han surgido.

4. Felicitar a los Gobiernos de Centro América y Panamá por los resultados de la Conferencia de Ministros de Salud de Centro América y Panamá (*Publicación Científica de la OPS 116*).

5. Tomar nota de las observaciones y conclusiones de los Seminarios sobre la Misión de los Servicios Generales de Salud en la Erradicación de la Malaria (*Publicación Científica de la OPS 118*) y recomendar que sean llevadas a la práctica lo más pronto posible.

6. Tomar nota del Informe de la Primera Reunión del Comité Asesor en Erradicación de la Malaria de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, haciendo votos para que se intensifiquen las investigaciones recomendadas en el referido documento.

7. Agradecer la colaboración prestada a los Gobiernos por la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, UNICEF y el Gobierno de Estados Unidos de América, por medio de su Agencia para el Desarrollo Internacional, en el curso de las campañas durante 1964.

El Dr. MARTÍNEZ RODRÍGUEZ (Cuba) felicita al Director y a la Oficina por el documento presentado, y declara que en su país la situación del programa de erradicación de la malaria es sumamente alentadora, ya que tanto en 1964 como en los meses transcurridos del año actual, se registró un notable incremento en las acciones epidemiológicas. Informa que en 1963, de 125.324 láminas, se obtuvieron 833 casos positivos y, en 1964, el examen de 276.470 láminas descubrió positividad sólo en 624 casos. Señala que en los ocho primeros meses de 1965, siendo superior proporcionalmente el número de láminas obtenidas, no se han descubierto más que 100 casos.

La intensificación de dichas actividades se debe a haberse aumentado el número de miembros del personal auxiliar de evaluación, el cual, con su

trabajo, ha logrado complementar notablemente la información obtenida a través de los servicios asistenciales del Estado que reciben las notificaciones.

Se refiere a continuación a las operaciones de rociado, que han entrado ya en el cuarto año de efectividad, dando por terminado el séptimo cielo en algunas de las zonas maláricas de Cuba. Manifiesta que en 1964 el UNICEF se incorporó a las actividades del programa y que su ayuda, junto a la aportación de la OMS, permite al país disponer del equipo y material rodante necesarios para proseguir sus actividades; precisa que en el primer semestre del año actual se rociaron unas 397.000 casas situadas en la zona afectada por la malaria.

Agrega que el programa se lleva a cabo en su totalidad con el financiamiento del Gobierno, colaborando la Oficina con su asesoría y el UNICEF con la aportación de suministros y equipo.

Hace constar que recientemente se celebró en Cuba una reunión a la que asistieron funcionarios de todas clases y dirigentes de los servicios nacionales de salud del país, y en ella se cambiaron impresiones y se fijaron directrices para incrementar, en especial, esta campaña.

Indica que sólo existe en Cuba una pequeña zona dentro de la fase de ataque, que cuenta con una población de menos de 5.000 habitantes, y con una superficie de 100 km<sup>2</sup> de largo y 1 km<sup>2</sup> de ancho, que se ha caracterizado desde hace tiempo como área palúdica y expresa su deseo de que a fines de año, de acuerdo con la Oficina, se señalen las zonas que podrán entrar en una fase de consolidación. Termina expresando su esperanza de que Cuba pueda anunciar en la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana que ha erradicado totalmente la malaria de su territorio.

El Dr. PERAZA (Honduras) manifiesta su satisfacción por los excelentes resultados alcanzados por la campaña antimalárica en su país, hasta el extremo de que de una superficie total de 112.088 km<sup>2</sup>, 9.869 km<sup>2</sup> se encuentran al presente en fase de ataque y 97.100 km<sup>2</sup> en fase de consolidación. El resto, a su juicio, se puede considerar consolidado, abrigándose la esperanza de que en poco tiempo esta consolidación sea mayor, ya que la parte que se halla en fase de ataque colinda con la que en El Salvador se encuentra en el mismo estado, confiándose en resolver rápidamente el problema con la ayuda de las instituciones internacionales, en especial con la de la AID.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela), después de

felicitar al Director de la Oficina y a sus colaboradores por el documento que se está examinando, se muestra de acuerdo con las manifestaciones formuladas por otros Representantes en el sentido de que es indispensable asegurar el financiamiento de la campaña de erradicación de la malaria si se quiere conservar los progresos logrados en el transcurso de los últimos años. Cita el ejemplo de su propio país, en el que la lucha contra esta enfermedad ha sufrido un leve contratiempo que no afecta propiamente lo logrado hasta ahora en términos de área erradicada, pero que revela la necesidad de mantener la investigación epidemiológica y la vigencia de las medidas adecuadas para evitar la transmisión. Subraya al respecto la utilidad de los programas conjuntos entre países para impedir esa transmisión, y señala que la misma puede sufrir como consecuencia de los problemas migratorios que suscita en las Américas la existencia de nuevas redes de carreteras. Considera asimismo que el empleo de ciertos insecticidas para usos agrícolas puede, a veces, comprometer la utilización de los insecticidas destinados a eliminar el vector del paludismo.

El Dr. NICHOLSON (Reino Unido) recuerda que después de la introducción de los rociamientos con DDT de acción residual en la Guayana Británica en 1945, la malaria había desaparecido prácticamente de la zona costera en 1949. Esta región, de unas 250 millas de longitud y de 5 a 10 millas de ancho, abarca el 90% de los habitantes del país, y el resto vive en las cuencas superiores de los ríos y en el interior. No se ha previsto que estas últimas zonas se liberen de la malaria, pues sus habitantes, indios aborígenes, son nómadas en su mayoría. Con excepción de unas cuantas aldeas, las viviendas de estos pobladores consisten en unos soportes con un techo de palma, resultan difíciles de localizar, y cuando se encuentran, no hay paredes donde rociar. En 1961 ocurrió la temida reaparición de la malaria en la zona costera, cuando trabajadores de esta contrajeron la enfermedad después de comenzar la explotación de minas de manganeso en el distrito del noroeste.

Es interesante señalar que un nuevo vector, el *Anopheles aquasalis*, intervino en la propagación. Anteriormente este mosquito se había considerado inocuo, porque tenía en gran parte hábitos zoofílicos, pero con la reciente mecanización de la agricultura, la desaparición de animales de tiro y el aumento relativo de la población humana, empezó a picar al

hombre, lo que fue confirmado al observarse la fase de ooquiste del parásito en uno de los mosquitos. Por fortuna, dicho anofelino era susceptible al DDT, y en un año desapareció de ambas orillas del estuario del Río Demerara, donde se había introducido de nuevo la enfermedad.

En enero de 1961 se empezó a utilizar sal cloroquinada en las zonas del interior con la finalidad de erradicar totalmente la malaria del territorio. Desde entonces, sólo se han descubierto dos casos de infección por *Plasmodium vivax*, en el distrito noroeste limítrofe con Venezuela. No se han descubierto casos positivos en el altiplano de Pakaraima, ni en los valles de los Ríos Cuyuni, Magaruni y Potaro. Así, pues, solamente con el empleo de sal cloroquinada se han liberado de la malaria, desde hace casi cuatro años, dos sectores que abarcan una extensión de 30.000 millas cuadradas con una población de 30.000 habitantes. Sin embargo, en las sabanas de Rupununi el contrabando de sal no medicada procedente del Brasil ha constituido un obstáculo para el desarrollo de las campañas cerca de la frontera.

Sigue diciendo el Dr. Nicholson que se ha observado que numerosas infecciones de *P. falciparum*, tratadas con cloroquina en las dosis aprobadas, desaparecen en cuatro o cinco semanas. Se encontraron anillos de *P. falciparum* en la sangre de individuos que consumían regularmente la sal y que presentaban resultados positivos en la reacción urinaria de Haskins para determinar la presencia de cloroquina en el momento de obtenerse la muestra. Se enviaron especímenes de plasma de seis de estos casos a los Institutos Nacionales de Higiene de los Estados Unidos de América, en Bethesda, Maryland, para determinar los niveles de cloroquina en el plasma, los que oscilaron entre 32 y 191 microgramos por litro.

Para contrarrestar esta situación, desde agosto de 1964 en Rupununi se ha combinado el rociamiento con DDT de acción residual con la distribución gratuitamente de sal medicada (para garantizar el pleno uso de la misma). También el Brasil ha introducido el rociamiento con DDT de acción residual en el territorio contiguo, hasta una distancia de 10 millas de la frontera.

Estas medidas combinadas parecen haber logrado la eliminación de la malaria en dicha zona. Desde principios de 1965 sólo se han descubierto 17 casos, y en los otros dos sectores del país ya se ha iniciado la fase de consolidación. Termina agradeciendo a

la Organización la asistencia que ha prestado en servicios de personal técnico y suministros, felicitando al Director y a sus colaboradores por el excelente informe presentado.

El Dr. YÉPEZ (Ecuador) recuerda que en una reunión de Directores de Salud Pública, celebrada hace dos años en Bogotá, se dio a conocer una iniciativa de la Oficina Sanitaria Panamericana consistente en organizar cursos de epidemiología de malaria para personal de alto nivel. Considera el Dr. Yépez que dicha iniciativa no se ha llevado a cabo y que su realización sería de gran utilidad para el desarrollo de los programas, teniendo en cuenta la variedad de causas que originan la persistencia en la transmisión de las enfermedades infecciosas.

El Dr. BONICHE VÁSQUEZ (Nicaragua) expresa su conformidad con el proyecto de resolución presentado por el Representante del Ecuador y sugiere que se agregue al mismo un párrafo invitando a los Gobiernos a que estimulen de alguna forma a los municipios para que dediquen a las campañas de salud un porcentaje del monto global de sus respectivos presupuestos.

Estima que, a su juicio, los municipios deben interesarse en la solución de este tipo de problemas que afectan a sus poblaciones, por lo que debe recabarse su aportación en la medida de sus posibilidades económicas.

El Dr. MÁRQUEZ ESCOBEDO (México) hace constar que, en México, el área malárica llegó a alcanzar tal amplitud que abarcaba 1.100.000 km<sup>2</sup>, en donde vivían o viven 20 millones de habitantes, alojados en unas 4.500.000 casas. Sin embargo, los trabajos realizados por la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo han liberado de esta enfermedad el territorio en un 78%, comprendiendo el resto áreas todavía afectadas, pero esperándose erradicar totalmente la enfermedad en el curso de los próximos años.

Enumera las cuestiones de orden administrativo que entorpecen el desarrollo de las campañas de salud: la del financiamiento, de la que destaca los engorrosos trámites que retardan la consecución de los fondos necesarios, cuando es evidente que cada programa necesita disponer con la prontitud adecuada de los recursos que se la asignen y contar con la flexibilidad indispensable para administrarlos. No es menos perturbadora, a su entender, la falta de integración de los servicios de erradicación de la malaria en los servicios de salud, puesto que suele ocurrir que trabajadores adscritos a estos últimos

no quieren participar en las actividades de la lucha antimalárica, olvidando que son precisamente los servicios de salud de los países los encargados de vigilar porque se mantenga la erradicación lograda.

Agrega que, para orientar sobre estos temas, la OSP organizó seminarios en Brasil y en México—que ya han sido mencionados—y resalta la importancia de las conclusiones a que en ellos se llegó, reflejando la necesidad de la integración mencionada. Alude asimismo a la conveniencia de llegar a un entendimiento entre las autoridades de salud de los diversos países y entre los mismos trabajadores de los organismos de salud, a fin de establecer una cooperación cordial que resuelva fácilmente el problema de las fronteras, lo que juzga imperativo para evitar la transmisión de las enfermedades de uno a otro país. Destaca que, en este aspecto, México realiza una labor conjunta con Guatemala en la lucha contra la malaria, borrándose, en el ejercicio de esta actividad, las fronteras nacionales.

Termina su intervención el Dr. Márquez Escobedo felicitando al Director y al personal de la Oficina por el documento presentado.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) se une a las felicitaciones expresadas al Director y a sus colaboradores por el interesante y excelente informe presentado.

A continuación manifiesta que la Guayana es el único Departamento francés de América en el cual existe todavía la malaria, y donde la población de la región interior y del Amazonas resulta la más difícil de ser sometida a tratamiento, entre otras razones por su carácter nómada. Sin embargo, en la zona costera, la enfermedad prácticamente ha dejado de existir. Señala asimismo el problema que plantean los trabajadores emigrantes de los países vecinos que entran en la Guayana, entre los que se da la mayoría de los casos, problema que adquirirá aún más importancia durante 1966 y 1967 en que se proyecta contratar a unos 3.000 trabajadores de esta clase (sin contar a sus familiares). Por eso se tiene la intención de examinar sistemáticamente el estado de salud de estos individuos e incluso de convenir, si fuere posible, con las autoridades de donde proceden para que estas sean las que efectúen dicho examen.

El Dr. AGUILAR RIVAS (El Salvador) apoya los puntos de vista expuestos en el proyecto de resolución presentado por el Representante del Ecuador y señala que, a los efectos de buscar la mayor cooperación posible para estas campañas, tal vez pudiera pensarse en la formación de comités nacionales de



lucha contra el paludismo, igual que existen otros semejantes para estimular la colaboración de sectores diversos en otros ramos de actividad, como los Comités Nacionales de Estadística que funcionan en algunos países. Cree que aunque la campaña antipalúdica, como toda campaña de erradicación, sea un programa vertical, no por ello deja de tener relación con otros sectores cuyo interés hay que suscitar. Se refiere, por ejemplo, al sector agrícola y al de los algodonereros de El Salvador, a cuyas actividades se atribuye que el mosquito adquiriera resistencia al DDT y al dieldrín. Agrega que casos así justificarían la formación de comités nacionales.

Señala que el problema de la resistencia del mosquito ha ido en aumento y que El Salvador lo está afrontando gracias a la ayuda del UNICEF y de la Oficina. En los dos últimos años se obtuvo una aportación de 200.000 dólares de la AID, la cual se dio por terminada el año actual, por lo que el Gobierno tendrá que incrementar sus consignaciones presupuestarias para la campaña, razón por la cual para 1966 se ha solicitado un presupuesto de 3.160.000 colones, lo que representa un aumento importante en comparación con los 950.000 que se invierten este año.

El Dr. FERREIRA (Brasil) expresa su satisfacción por la calidad y honestidad del informe preparado por el Director y sus colaboradores sobre la erradicación de la malaria en las Américas. Seguidamente hace notar las proporciones gigantescas del programa del Brasil en el que participan el Gobierno del país y organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, la Oficina Sanitaria Panamericana y los programas bilaterales de asistencia de la Alianza para el Progreso. Ello quiere decir—agrega—que el Brasil por sí solo no podría atender un problema de esas dimensiones.

Informa que gracias a la introducción del DDT el número de casos anuales de malaria se redujo de 8 millones a 500.000, después de lo cual se comprobó la posibilidad de erradicar la enfermedad. A este respecto dedica un caluroso elogio al Dr. Fred L. Soper, al que califica de "supremo sacerdote" de la campaña antimalárica.

Refiriéndose a las dificultades del problema de la erradicación, expresa el convencimiento de que esta puede lograrse, a pesar de los obstáculos que representan las áreas problema, y se suma a los conceptos expresados por el Director en el sentido de que no hay que destacar los hechos negativos, los obstáculos, sino las posibilidades de superarlos. Es induda-

ble, añade, que los obstáculos pueden eliminarse, si bien es preciso que no falten los recursos financieros. Informa, asimismo, que en su país recientemente se promulgó una ley que facilitará la administración y el empleo de los fondos gubernamentales, una parte considerable de los cuales corresponden a los programas de salud pública.

Manifiesta que si se pudiera acreditar en una cuenta bancaria todo lo que ya se ha logrado desde el punto de vista económico en el control de la malaria, sin mencionar la erradicación, el capital reunido sería suficiente para hacer frente al problema de esta última.

Termina mostrando su apoyo a la propuesta formulada por el Representante del Ecuador que, realmente, expresa el deseo general de los países de que no se interrumpa la obtención y empleo de fondos ni se creen trabas burocráticas o administrativas a este respecto.

El Dr. YÉPEZ (Ecuador) plantea el problema existente en su país, y que supone es común a varios países de las Américas, que estriba en las dificultades que encuentran los servicios de erradicación para obtener los fondos consignados en los presupuestos del Estado, ya que hay dependencias administrativas que teniendo a su cargo la distribución y el control de los fondos no proceden con la flexibilidad y rapidez requerida por ciertas atenciones. Afirma que son distintos los aspectos y las exigencias de una campaña de control o vigilancia de salud de los de una campaña de erradicación y que los presupuestos, por tanto, no pueden administrarse de la misma manera.

Subraya que la marcha técnica de una campaña de erradicación no puede ajustarse a una distribución rígida, mensual o semestral, de los renglones presupuestarios, como piensan y practican determinados funcionarios técnicos de finanzas o de economía. Considera, por tanto, que la Oficina debe recomendar que se apliquen criterios de flexibilidad que aseguren la oportuna y total obtención de fondos para la erradicación de la malaria.

El Dr. QUIRÓS (Perú) declara que suscribe los puntos de vista expresados por el Representante de México en lo que concierne a la necesidad de inducir a los administradores a que contraigan una mayor responsabilidad en las campañas de erradicación, y hace constar que, a su juicio, el tema merece un estudio profundo.

En cuanto al propósito, también esbozado en la Reunión, de hacer que los diversos sectores sociales

y organismos locales participen en esta clase de campaña de erradicación, el Dr. Quirós refiere que en una ocasión los agricultores del Perú aportaron de un modo voluntario recursos financieros para el programa de malaria, estimando que ello redundaría en beneficio de su propia economía. Cree, al respecto, que sería muy útil realizar un análisis sobre la repercusión económica de la erradicación de la malaria. Considera llegado el momento para efectuar esta clase de trabajos, ya que se vive en el mundo una etapa de planificación del desarrollo económico y social y conviene estudiar todas las implicaciones que la misma tiene.

Alude al problema del crecimiento de la población, que aumenta las obligaciones y las responsabilidades de los Gobiernos y requiere inversiones cada vez más cuantiosas, por lo que le parece ineludible recabar mayores apoyos financieros. Se refiere, por último, a la orientación que sigue México para la ejecución de su programa de malaria, enfoque que tiene en cuenta el extraordinario aumento de la población del país, hecho que exige considerables inversiones. Termina mostrándose de acuerdo con el criterio sustentado por el Representante del Ecuador.

El Dr. PICHARDO (República Dominicana) indica que precisamente la falta de flexibilidad administrativa fue causa de que su país no realizase una auténtica campaña de erradicación de la malaria, pero que el panorama experimentó completa modificación cuando el SNEM obtuvo su autonomía administrativa.

Informa que la campaña en su país se encuentra ahora en la fase de ataque, lográndose localizar la zona malárica en algunas áreas en las que ha persistido la transmisión. Agrega que una de las zonas está situada en el centro del país, en donde los agricultores utilizaban DDT; actualmente se ha conseguido que se sustituya este rociamiento por el de otros insecticidas más eficientes en la lucha contra el mosquito. Otra zona es fronteriza con Haití, y considera interesante y urgente que el Gobierno de la República Dominicana llegue a un acuerdo con el de Haití para atacar el problema en forma conjunta.

Por último, manifiesta que comparte la opinión expuesta por otros Representantes de que es indispensable que, para las campañas de salud, los Gobiernos concedan a los servicios correspondientes una flexibilidad administrativa a tono con la gravedad de los problemas de cada país.

El Dr. PRIETO (Paraguay) declara que el Para-

guay inició, a finales de 1957, una campaña de erradicación de la malaria, basándose en el tratamiento anual con dieldrín, en un área que abarca aproximadamente una tercera parte de la superficie nacional, parte que se conceptuó malárica. Cuando se estaba iniciando el cuarto año de rociado, se observó la aparición de malaria en zonas que no fueron consideradas primitivamente como tales, tal vez por no haberse determinado con exactitud en el primer momento los límites del área afectada. Quizás también se produjo por haberse registrado una migración interna muy grande hacia esa área que había sido considerada no malárica, migración que fue propiciada por la construcción de caminos y de programas de colonización iniciados en los primeros tres años de rociamiento. Así, señala que al iniciarse el cuarto ciclo de rociado se encontró que el área malárica era mayor de la prevista y que la transmisión no se había interrumpido en aquellas que estaban sometidas a tratamiento. Se recomendó entonces la extensión del área malárica y el cambio del insecticida empleado por el DDT. La falta de recursos para hacer frente a tal ampliación determinó la interrupción del programa. Con estudios epidemiológicos más profundos se llegó a determinar un área malárica que prácticamente abarca ahora toda la extensión del país.

Señala que en la actualidad, dentro del plan, se prevé la ejecución de un programa de erradicación a base de rociamientos con DDT durante un período de ocho años, plan que ha merecido la aprobación técnica de la Oficina y el ofrecimiento de cooperación del UNICEF; sin embargo, la ayuda del UNICEF no es suficiente para financiarlo en su totalidad. Informa que el Gobierno está pendiente de la decisión de la AID sobre una solicitud de crédito que ha formulado.

Considera la situación llena de peligro, ya que Paraguay, con el tiempo, puede llegar a ser un reservorio de malaria para los países vecinos, la Argentina, Brasil y Bolivia, que se encuentran en etapas mucho más avanzadas en su programa de erradicación.

Manifiesta que apoya el proyecto de resolución presentado por el Representante del Ecuador, con la adición relativa a la oportunidad y flexibilidad administrativas en el uso de los fondos que se otorguen al programa. Por último, felicita al Director de la Oficina y a sus colaboradores por el documento presentado.

El PRESIDENTE anuncia la constitución de un grupo de trabajo integrado por los Representantes de Brasil, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, México y Venezuela para que estudie el proyecto de resolución presentado por el Represen-

tante del Ecuador y lo someta a la consideración del Consejo en una próxima sesión.<sup>16</sup>

*Se levanta la sesión a la 1:03 p.m.*

<sup>16</sup> Véase duodécima sesión plenaria, pág. 173.

## NOVENA SESION PLENARIA

*Lunes, 4 de octubre de 1965, a las 9:15 a.m.*

*Presidente: Dr. RODERICK ESQUIVEL (Panamá)*

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y anuncia que el Representante de la Argentina también formará parte del grupo de trabajo sobre la erradicación de la malaria constituido en la octava sesión. Añade que se ha distribuido el texto del proyecto de resolución presentado por la Delegación del Paraguay sobre el estado de erradicación de la viruela en las Américas, y en vista de las modificaciones propuestas, se designará un grupo de trabajo, integrado por los Representantes de la Argentina, Cuba, Estados Unidos de América, Nicaragua, Paraguay y Perú, para que presente un nuevo texto, en el cual se incluyan las observaciones formuladas por varios Representantes.

*Así se acuerda.*

### **Exposición del Presidente del Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP), Dr. Carlos Sanz de Santamaría**

El Dr. SANZ DE SANTAMARÍA (Presidente, CIAP) expresa su agradecimiento al Consejo por haberle concedido la palabra y destaca la unidad de propósito que existe entre la OPS y el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso. Recuerda que entre los diversos nombres que se pensó dar al movimiento iniciado por el extinto Presidente de los Estados Unidos de América, John F. Kennedy, se escogió el de Alianza porque implica un concepto de solidaridad humana y de ayuda mutua, así como de conocimiento recíproco de los

hombres, mediante una confrontación de ideas que permita llegar a definiciones conjuntas basadas en la razón. Añade que, en consecuencia, la Alianza es un esfuerzo común, cooperativo y solidario, encaminado a buscar las mejores formas para alcanzar el desarrollo económico y social de la Región. Subraya que la principal responsabilidad corresponde a los respectivos países, ya que nadie puede decir a un país, desde fuera, cómo debe realizar su propio desarrollo económico. En su ejecución, la Alianza no es un movimiento técnico o político, ni un movimiento social, sino un conjunto de estos movimientos destinados al mejoramiento del hombre, porque la Alianza es para el hombre y no el hombre para la Alianza. En el desarrollo así concebido, la salud es un elemento básico, entendiéndose esta en su aspecto material—la nutrición—y en su aspecto espiritual—la educación; es decir, el progreso del hombre como elemento humano. Como uno de los factores que reflejan los nuevos tiempos es el movimiento de las masas, es natural que se haga un esfuerzo primordial para lograr su bienestar.

Manifiesta que, con el fin de corregir algunas de las deficiencias de los dos primeros años de funcionamiento de la Alianza, se creó el CIAP, a iniciativa de los ex Presidentes Juscelino Kubitschek, del Brasil, y Alberto Lleras Camargo, de Colombia. Quizá se inspiraron en el Plan Marshall, aunque evidentemente en Europa el elemento

humano, base para el desarrollo, estaba en condiciones más avanzadas. Allí se trataba de reorganizar una situación social, política y de distribución general, en tanto que en América Latina era necesario crear, educar y sentar los fundamentos de la organización social, lo que era más difícil. De ahí que el Comité sea no un organismo teórico, sino simplemente de acción, ejecución y promoción, y de interpretación de los deseos de los distintos Gobiernos y de las diversas entidades que colaboran con dicho organismo y dé impulso a los correspondientes movimientos.

El CIAP está formado por siete distinguidas personalidades de América, elegidas por los países, y por un Presidente, único funcionario que trabaja en el CIAP a tiempo completo. El Comité se reúne dos o tres veces por año, según sea necesario, durante unos ocho o 10 días, con en fin de analizar los problemas de la Alianza, determinar las campañas que convenga iniciar y aconsejar no sólo a los Gobiernos latinoamericanos, sino al propio Gobierno de los Estados Unidos de América sobre la mejor forma de realizar la colaboración que, con eficacia y generosidad, viene prestando. Los Estados Unidos de América se encuentran en la posición excepcional de ser el único país que puede exportar capital y abundantes conocimientos técnicos y proporcionar, al mismo tiempo, colaboración financiera de carácter internacional en condiciones amplias y generosas favorables al desarrollo. Por otra parte, esta colaboración del Gobierno de dicho país no puede ser, ni será nunca, más que un catalizador de los esfuerzos nacionales, es decir, de la decisión de los pueblos de América de lograr su propio desarrollo acelerado en los próximos 10 años.

Señala que desde la Primera Reunión del CIAP celebrada en México en 1964, se comprendió la urgencia de que la Alianza para el Progreso colaborara estrechamente con la Organización Panamericana de la Salud, y especialmente con el Director de la OSP, el Dr. Abraham Horwitz, quien trabaja 24 horas diarias en esta actividad y a quien se debe no sólo la inauguración del edificio de la Sede, sino los grandes progresos alcanzados por la Organización en los últimos tiempos. Casi podría decirse—añade—que el Dr. Horwitz vive, piensa y duerme en función de la salud universal y regional. Afirmo que así lo ha comprobado en los largos años de amistad que les une: no hay un minuto en la vida del Dr. Horwitz que no esté dedicado a avanzar, a reclamar, a pedir y, en ocasiones, a obligar

a que se lleve a cabo una labor positiva en beneficio de algún objetivo relacionado con la salud.

Declara el Dr. Sanz de Santamaría que la Alianza y la labor del Comité no pueden ser sino lo que los Países Miembros deseen. Por consiguiente, son ellos los que deben formular sus programas y, dentro de estos, asignar la importancia que corresponda a los problemas de saneamiento y de salud. La Alianza atiende las sugerencias que los países formulan en los programas de desarrollo que los Gobiernos presentan de acuerdo con la Carta de Punta del Este, y de los análisis de que aquellos son objeto anualmente. Por medio de la Secretaría Ejecutiva del CIAP y del CIES cada año se prepara un estudio en el que se reseñan los progresos obtenidos por cada país, en los distintos aspectos, desde el examen efectuado el año anterior. Este estudio se discute con representantes del país respectivo, de los organismos internacionales y vinculados a la Alianza, tales como el Banco Interamericano de Desarrollo, la Agencia para el Desarrollo Internacional, y también de organismos de países de otros Continentes que se interesan en el desarrollo económico y social de América Latina y, por tanto, en la consecución de las metas de las Carta de Punta del Este. A este respecto, recuerda que el año pasado se estableció contacto directo con los países del Comité de Asistencia para el Desarrollo (DAC), los cuales asisten ahora a los exámenes que se llevan a cabo anualmente en Washington, a partir de junio hasta el mes de octubre, y señala que el documento que se elabora al final de estos exámenes representa el consenso de opinión de los organismos participantes y sirve al CIAP para determinar las necesidades de ayuda externa para el año o los dos años siguientes.

El primer ejemplo de vinculación entre el CIAP y la OSP es el de la campaña de sanidad animal destinada a combatir la fiebre aftosa y otras zoonosis que podrían ser evitadas o erradicadas por vacunaciones. Manifiesta que era lógico que una campaña de este tipo tuviera carácter multinacional y se efectuase con criterio regional. Señala al respecto que si se logra erradicar la fiebre aftosa—como en el caso de México—siempre hará falta vigilancia para evitar la repetición de casos y una labor preventiva en los territorios vecinos que impida que la enfermedad atraviese las fronteras. En esta campaña han colaborado el CIAP, el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, la AID, y el Banco Interamericano de Desarrollo, con los

cuales fue posible concertar un sistema de financiamiento multinacional. Inicialmente se avanza un programa que comprende a Argentina, Uruguay, parte del Brasil—Rio Grande do Sul—una parte de Bolivia y quizá algunas regiones de Chile, pero que habrá que extender a otros países. Informa que en las primeras reuniones celebradas con técnicos especializados se llegó a la conclusión de que para erradicar técnicamente la fiebre aftosa del Continente, en un plazo de cinco años, se necesitarían por lo menos \$200.000.000 y, según cálculos realizados, América del Sur pierde cada año \$400.000.000 en ganado vacuno, leche y proteínas, en general, para la alimentación del hombre. Este es un ejemplo claro de que se trata de una campaña encaminada al mejoramiento de la salud y de la nutrición y, por ello, positiva para la economía de las Américas. Por otra parte, es preciso insistir ante los respectivos Gobiernos para que se otorgue a las campañas de salud, de prevención de enfermedades y de ejecución de obras sanitarias, prioridad sobre las obras de infraestructura material; de nada vale que un país disponga de carreteras y de plantas eléctricas si el elemento humano al que sirven se halla en tales condiciones de miseria física que no le permite sobreponerse a la pobreza. Es extraño que se procure mejorar la calidad del maíz, por ejemplo, pero que no se ponga el empeño suficiente en mejorar la raza humana, en aumentar su capacidad para producir más y educarse mejor, o que se le pida a un hombre desnutrido y enfermo que piense como un ser bien alimentado. Declara que el CIAP ya conoce la situación y no necesita que se le convenza de que la educación, la sanidad, la nutrición y la protección maternoinfantil son la base del desarrollo.

Por lo tanto, el Dr. Sanz de Santamaría encarece a los miembros del Consejo, como representantes del Poder Ejecutivo de sus respectivos países, que, dentro de los planes de desarrollo que presenten de acuerdo con lo que prometieron en la Carta de Punta del Este, destaquen especialmente la importancia de dichos aspectos de las campañas de salud, con la seguridad de que el CIAP ayudará y colaborará en este sentido.

Informa que el CIAP ha establecido vínculos muy estrechos con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), con miras a aumentar la producción de alimentos en la Región, y señala que si hasta ahora no se ha logrado tal incremento, ello ha sido con-

secuencia de la falta de poder de compra internacional para el desarrollo, es decir, la falta de producción de monedas duras, de remuneración de las exportaciones. Pero ya los países comienzan su industrialización y van mejorando su infraestructura interna, para lo cual requieren un mayor volumen de moneda extranjera.

El Presidente del CIAP señala también que en el mes en curso un grupo de técnicos se reunirá en Roma con el Director General de la FAO, Dr. B. R. Sen, a fin de estudiar lo que se ha llamado "Plan mundial indicativo para el desarrollo agrícola", en donde posiblemente comience a analizarse la manera de garantizar a los países de América Latina cierto mercado para los productos en exceso de su producción nacional y de sus exportaciones habituales, para distribuirlos entre las naciones que necesitan más alimento, pues hay entre los nuestros, varios países que podrían producir más si tuvieran la certidumbre de que esos alimentos van a encontrar un mercado internacional a precios razonables.

Indica el Dr. Sanz de Santamaría que el Dr. Walter Sedwitz, Secretario Ejecutivo del CIAP y del CIES, se halla presente en la Reunión, por si el Consejo deseara solicitarle aclaraciones sobre algún aspecto de la exposición que acaba de hacer o en relación con los programas nacionales. Por último, reitera que los países están comprometidos en una campaña común, que el CIAP es por ahora el motor de la Alianza en América Latina, a fin de convertir en realidad los grandes propósitos de la Carta de Punta del Este encaminados a mejorar al hombre y a la humanidad de este Continente.

El Ing. RIVERA (Costa Rica) manifiesta que no cabe duda de que el Presidente del CIAP está profundamente compenetrado del papel del organismo que representa y sustenta su idea con entusiasmo. Agrega que, sin embargo, basándose en su experiencia en cuanto a la presentación de planes ante la Alianza y el CIAP, estima que se han destacado en forma notoria los programas relativos a inversión de capital, en especial los destinados a la infraestructura, pero cree que se han dejado un poco de lado los correspondientes a las inversiones para la salud y, más aún, los gastos de operación del sector salud, porque para muchos economistas que tienen en sus manos la confección y el análisis de los planes nacionales, los fondos destinados a salud pública tienen el carácter de gastos, no de

inversión. Se muestra, por tanto, sorprendido de la afirmación del Dr. Sanz de Santamaría de que el hombre es base del desarrollo, y considera que, partiendo de este principio, se puede y se debe exigir que los gastos de salud sean conceptuados como una inversión. Es, naturalmente, mucho más fácil—y los trabajos de ingeniería corroboran esta observación—expresar numéricamente las necesidades en sacos de cemento o en metros cúbicos de tierra, que determinar los requerimientos de una campaña de fiebre aftosa o antituberculosa que no produce de momento una medida económica fácil de manipular. En cambio, lo que se necesita muchas veces es aumentar los gastos de operación en vez de construir nuevos hospitales.

El Ing. Rivera encarece al Presidente del CIAP que siga fiel a la certera idea que ha expuesto y que seguramente comparten los Representantes de los diversos países, y le invita a que procure convencer a los economistas y a quienes deben aprobar los planes de desarrollo de que lo que se gasta en salud es una inversión encaminada a mejorar la estructura económica, por lo cual debe procederse en consecuencia.

El Dr. FERREIRA (Brasil) señala que el 4 de octubre marca una fecha memorable para el mundo y para los pueblos de las Américas: por una parte, bajo el estímulo catalítico del Papa Pablo VI, se ha logrado un acercamiento entre las diversas religiones, tema que había sido hasta ahora la causa más profunda de separación entre los hombres. Por otra, se ha escuchado en esta reunión del Consejo la autorizada palabra del Dr. Carlos Sanz de Santamaría, quien habló como si fuese un hombre de salud pública. Agrega que es un hecho que, en los momentos actuales, el desarrollo económico no constituye ya una acción en la que pueda prescindirse de la salud, como factor fundamental. A este respecto, recuerda que el Dr. Gunnar Myrdal, calificó la economía de hace algún tiempo como "la ciencia horrible", pues en ella no se tomaba en cuenta el valor del hombre como factor indispensable en cualquier proceso de desarrollo económico. Hoy, sin embargo, no son los países los que solicitan la ayuda de la OPS, sino más bien es esta la que les ofrece colaboración y participación. Esto constituye una nueva actitud que ha de permitir que, en el futuro, se comprendan las debilidades e insuficiencias de los países de América bajo un aspecto completamente diferente. Destaca el Dr. Ferreira que la salud pública es importante

en todos los sectores de la población, incluso entre los jóvenes que deben cumplir el servicio militar. Afirma que la salud es, en sí, un factor del desarrollo económico y no un subproducto de este, y señala que esta revolución conceptual, que hoy se acepta y reconoce, se inició en Punta del Este. Se podría decir—agrega—que nosotros somos parte del CIAP y que la Organización Panamericana de la Salud es órgano mediante el cual cuestiones bilaterales o multilaterales hallan campo propicio para el desarrollo de un interés común. Todos los países han sentido la falta de capital, y más que nada, como claramente lo manifestara el Dr. Sanz de Santamaría, su acción catalítica, porque lo más difícil es, justamente, realizar nuestras ideas sólo con la aportación nacional. Para los países de América Latina, el principal valor de las organizaciones internacionales radica en que su aporte representa una responsabilidad multilateral y la comprensión definitiva de que todos los países son responsables de los acontecimientos que ocurren, de un modo aislado, en cada uno de ellos.

El Dr. Ferreira desea destacar dos conceptos de dos distinguidos economistas, ya que cuando los médicos u otra clase de profesionales de la salud pública hablan sobre el tema de la salud, pudieran tal vez dar la impresión de cierta deformación, o de una hipertrofia de concepto. Según el Dr. Kingsley Davis, en los países en vías de desarrollo ha ocurrido el fenómeno, que él calificó como de extraordinario, de la reducción de la mortalidad sin modificación alguna de sus estructuras políticas y económicas. Esta explosión de la población constituye, a juicio del orador, y como afirmase también el Representante de Costa Rica, el resultado de lo que puede hacerse en pro de la salud con las nuevas armas de que hoy día se dispone para medir y evaluar el resultado de las inversiones en ese campo. Asimismo, otro economista internacionalmente conocido, el Dr. Gunnar Myrdal, ha defendido la teoría de la determinante causal acumulativa. Ello significa que cuando en los componentes del desarrollo uno de los factores se eleva—la salud, por ejemplo—la tendencia es que todos los demás factores asciendan también a niveles semejantes. En la práctica, esto es una prueba evidente de que todos podemos contribuir, independientemente, mediante hechos individuales, al desarrollo económico de los países. El mejor medio de disminuir la velocidad de la explosión de la población, aspecto que ha sido enfocado desde diversos ángulos durante estos de-

bates, es acelerando la marcha del desarrollo económico y permitiendo que las poblaciones adquieran un nivel de vida más elevado. La natalidad disminuye en la proporción en que aumenta la prosperidad, y es más fácil y menos costoso impulsar el desarrollo económico que restringir la natalidad por procesos que ni siquiera se sabe aún cuánto pueden costar ni cuáles vayan a ser sus resultados.

Finalmente el Dr. Ferreira reitera su firme convicción de que la Alianza para el Progreso es una alianza efectiva, profunda e indestructible.

El Dr. CALVO (Panamá), después de asociarse a las muestras de complacencia expresadas anteriormente por los Representantes de Costa Rica y Brasil, se refiere a las grandes obligaciones contraídas en virtud de la Carta de Punta del Este, y especialmente en la Resolución A.2. Algunos de estos compromisos, que se refieren directamente a atender al hombre en función de la salud, están en vías de cumplirse y otros serán de difícil realización.

Entre las actividades de planificación, se ha dado prioridad a algunos problemas, entre ellos el relativo al abastecimiento de agua. No cabe duda de que los Gobiernos se sienten muy satisfechos de la forma en que las inversiones externas procedentes de la Alianza para el Progreso están facilitando, en los diversos países, la tarea de suministrar agua a la población. Tal colaboración no sólo se debe a que se considere este elemento como imprescindible para la salud, sino también al hecho de que los sistemas de abastecimiento de agua, por medio de acueductos, son autofinanciables. Según el Dr. Calvo, el autofinanciamiento hace posible ayudar a los países a conseguir capital externo para atender las necesidades del hombre en su desarrollo; a su juicio, no ocurre lo mismo con otros aspectos tan importantes para atender al hombre en la enfermedad, como la atención médica. En este caso es muy difícil conseguir esa ayuda, porque se trata—según se dice—de proyectos que no son autofinanciables. Si se aplica este criterio será difícil cumplir con varios de los compromisos de la Carta de Punta del Este; por ejemplo, con el consignado en el apartado (e) del párrafo 1 de la parte resolutive de la Resolución A.2<sup>1</sup> sobre integración de las funciones de prevención y curación para lograr un mejor rendimiento de los servicios de asistencia médica, ya que, en su opinión, son muy pocos los países que podrán incrementar ese rendimiento con sus propios recursos.

Por eso es necesario insistir en que todo esfuerzo

económico que se haga para la atención del hombre—en la enfermedad como en la salud—representa una alta capacidad de inversión, de modo que así como se invierte en agua se debe invertir también en atención médica directa. No hay que esperar hasta que los servicios de salud sean autofinanciables para conseguir ayuda externa con la cual mejorar su calidad. Si no se logra el mejoramiento de estos servicios, no podrá alcanzarse la meta general de los programas de salud en el próximo decenio: aumentar en cinco años la esperanza de vida de cada persona al nacer, como se estipula en el párrafo 3 de la mencionada Resolución A.2. Lo mismo puede decirse del punto (a) del párrafo 2, acerca de la erradicación de las enfermedades transmisibles, el saneamiento, la nutrición, la atención médica, y otros aspectos.

No cabe duda—manifiesta—de que la Alianza para el Progreso ha puesto de relieve la importancia de la atención médica y ha señalado los caminos que conducen a la integración de la medicina, al considerar que esta es una sola en sus aspectos filosófico, práctico, preventivo y curativo. Ello se refleja en la transformación del hospital tradicional en centro de atención de todos los problemas del hombre, en la salud y en la enfermedad. Pero es preciso reconocer también que los recursos de América Latina para lograr dichos objetivos son en extremo deficientes. Señala el Dr. Calvo la atención del Presidente del CIAP hacia este problema, a fin de que se oriente a los países sobre sus perspectivas futuras. Los enormes esfuerzos realizados hasta ahora por varios países, entre ellos Panamá, constituyen—como dijo el Representante de Costa Rica—gastos irre recuperables de los cuales los propios Gobiernos tienen que hacerse responsables.

Solicita, por lo tanto, que se considere que los esfuerzos en atención médica pueden ser autoamortizables, y que se busque la manera de que los países logren alguna racionalización de las prestaciones médicas de todos los sectores, tanto del Gobierno como de las instituciones autónomas, a fin de recuperar parte, si no la totalidad, de las inversiones. Estima que el sector externo de financiamiento debe otorgar, como en el caso del abastecimiento de agua, préstamos “blandos” a largo plazo y bajo interés, y que otro tanto hagan los bancos de inversiones que trabajan con la Alianza para el Progreso. Insiste en que es menester conseguir esto a fin de no comprometer la salud de las próximas generaciones y resolver los problemas que afectan a la estructura de los servicios médicos de baja eficiencia, cuyo funciona-

<sup>1</sup> Documento Oficial de la OEA, Ser. H/XII. 1 (esp.), 31.

miento hará imposible el logro de los objetivos de la Carta de Punta del Este, sobre todo si se tiene en cuenta la situación de la población rural, que tanto necesita servicios de buena calidad.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) se une a las manifestaciones expuestas por los Representantes que le han precedido, persuadido de que en ellas se define y afirma lo que ya se dijo en Punta del Este en cuanto a la protección de la salud, esto es, que el hombre es un factor asociado indefectiblemente a todo proceso de desarrollo, en cualquier país del mundo. Por tanto, considera innegable que el factor fundamental del progreso y del desarrollo económico es el hombre, ya que sin su concurso ese progreso no puede llevarse al plano de la realidad. Por otro lado, la meta del desarrollo económico es también el hombre, y este hecho viene a despejar en definitiva la incógnita.

Comparte plenamente el criterio del Dr. Calvo, de que en ningún momento deben vetarse los gastos directos en salud, conceptuándolos como no autofinanciables o no recuperables, porque no se sabe si esa inversión, a través de mejores perspectivas del hombre para incorporarse a la labor económica y social en que debe participar, se reflejará en el desarrollo de los países, en su capacidad de producción y en su capacidad de pago. Por otro lado, parecería extraño que en el proceso de producción de una gran empresa se destinaran los fondos necesarios para el mantenimiento de equipos y de máquinas, y no se diera al hombre idéntico trato.

Venezuela ha recibido excelente ayuda y colaboración de la Alianza para el Progreso en cuanto a la obtención de medios de financiamiento internacional para reforzar su propia contribución al desarrollo de ciertos programas, que dentro de tales conceptos responden a la idea de programas autofinanciables o, incluso, recuperables. Cita, como ejemplo, el programa de abastecimiento de agua potable en su país —al cual ya se refirió en una sesión precedente— y que se ha logrado adelantar en cierto grado, hacia la consecución de las metas fijadas en Punta del Este. El programa de vivienda rural, cuyo propósito no es sustituir la totalidad de la vivienda insalubre, sino principalmente sentar las bases para modificar un patrón cultural, que es la imagen tradicional que los habitantes del medio rural tienen de su vivienda, ha progresado también bastante satisfactoriamente en todo el país. Existe, precisamente, una aldea, denominada la aldea "Alianza", que el extinto Presidente John F. Kennedy tuvo oportunidad de inaugu-

rar cuando visitó la República de Venezuela, y que constituye un símbolo de la colaboración internacional recibida para el financiamiento de este programa.

Además de lo que puedan significar los gastos en salud y en atención médica, y de permitir la incorporación del hombre al desarrollo económico—señala el Dr. Castillo Rey—hay también otros gastos que no deberían considerarse simplemente como de ayuda directa al hombre para el mejoramiento de su salud, entre ellos el programa de erradicación de la malaria que se continuará examinando en el curso de esta sesión. Tal programa, que permite al hombre reconquistar la tierra para empresas de desarrollo agropecuario, por ejemplo, debería considerarse netamente como un gasto de inversión, independientemente de lo que pueda entenderse como ayuda al hombre para el mejoramiento de su salud inmediata. Se justificaría, por lo tanto, que se considerara el programa de erradicación continental de la malaria, que tanto preocupa a los países, dentro de este concepto y que se le asignaran los medios para su financiamiento.

El Dr. QUIRÓS (Perú) manifiesta que le ha impresionado la exposición del Presidente del CIAP, sobre todo al señalar que cuando se estableció la Alianza para el Progreso se tomó en cuenta que en América Latina se planteaban problemas enteramente distintos de aquellos con que se encontró Europa después de la Segunda Guerra Mundial, especialmente en los aspectos fundamentales de infraestructura social.

Estima el Representante del Perú que no se puede pensar en el desarrollo económico y social si no se eleva el nivel de vida de los pueblos. Se trata de un círculo vicioso, de modo que en tanto no se proceda, en forma directa y decidida, a un cambio total de las estructuras económicas, sociales y políticas de las Américas, será imposible llevar adelante los planes de la Alianza para el Progreso. En el Perú, por ejemplo, los millonarios tienen, dentro del país, más dólares que el Banco de Reserva. Por otra parte, si se considera que las tierras están mal distribuidas y que la economía de los países de América Latina sigue dependiendo excesivamente del mercado externo—vulnerabilidad de que hablan los economistas—que la integración del mercado común marcha lentamente y con muchas dificultades, que los mercados interregionales son pequeños, y que implicaciones de carácter político no permiten llevar a cabo esta integración económica, será muy difícil conseguir los recursos necesarios para alcanzar los objeti-



vos de la Alianza para el Progreso. Por lo tanto, en su opinión, es fundamental insistir en la necesidad de que los organismos de la Alianza presionen a los países con miras a una modificación total de sus estructuras, porque mientras esto no se lleve a cabo subsistirá esta situación, corriendo por ello el riesgo de perder la libertad y el sistema democrático de vida. Cree que tales afirmaciones son válidas no sólo para los países pequeños, sino también para las grandes potencias, porque mientras estas invierten una gran cantidad de recursos de inteligencia en descubrir la brecha sobre el espacio, en desarrollar la energía atómica para destruir la humanidad, millones de personas se mueren de hambre en los países subdesarrollados. Por consiguiente, si lo que se persigue es vivir en paz, como declaró el Dr. Ferreira, es fundamental tomar en consideración estos aspectos, ya que todo lo demás, a su entender, es accesorio.

El Dr. AGUILAR HERRERA (Guatemala) se suma a las expresiones de felicitación de los diversos Representantes por la interesante exposición del Dr. Sanz de Santamaría. Comparte ese sentimiento de solidaridad ante los diversos comentarios expuestos y manifiesta que tal vez lo que ocurre en los países de América Latina, en cuanto a considerar los gastos en salud simplemente como gastos, y no como inversiones, se deba a cierta deficiencia en la formación técnica de los economistas, ya que dicho enfoque es, por lo general, compartido por los economistas que prestan servicio en los organismos de planificación. Sugiere, por tanto, que de ser posible se procure, por los medios adecuados, que en la enseñanza de las ciencias económicas se trate de precisar tal concepto, lo que permitiría, a su juicio, un mejor entendimiento entre los economistas y el personal de salud.

El Dr. SANZ DE SANTAMARÍA (Presidente, CIAP) agradece a los Representantes las preguntas y comentarios formulados, que coinciden con las observaciones que él mismo ha venido haciendo durante el año en curso. Considera muy alentador el hecho de que los conceptos que expresó hayan encontrado un eco tan entusiasta.

En respuesta al Ing. Rivera, quien al referirse al proceso de planificación señaló que, en ocasiones, los economistas no admiten algunos de los criterios expuestos y que, en general, la salud no ocupa el lugar que le corresponde en el desarrollo económico, el orador señala que, al firmar la Carta de Punta del Este, los países de América Latina y los Estados Unidos de América no estaban preparados para

cumplir los propósitos, increíblemente importantes, de dicha Carta. Este documento es de mayor trascendencia que cualquier tratado internacional vigente, pues se trata de un manifiesto sobre el desarrollo económico y el progreso social, en virtud del cual un grupo de pueblos libres decidió alcanzar su propio desenvolvimiento acelerado en un determinado número de años, como símbolo de una alianza colectiva y muestra de su firme decisión de trabajar por el destino del hombre. En realidad, no hay nada semejante en la historia de la humanidad de los últimos tiempos.

Declara que los países latinoamericanos y los Estados Unidos de América han ido comprendiendo, cada vez mejor, lo que significa el desarrollo económico y su vinculación con el hombre. El Representante de Panamá señaló hace un momento lo que hace solamente dos semanas su país expuso ante el CIAP. Para ese país lo más importante actualmente son las inversiones sociales en los distintos aspectos de la sanidad y de la educación. El Gobierno de los Estados Unidos de América, por su parte, aprobó hace sólo cuatro meses el proyecto de ley para instrumentar el pacto del café, con lo que ha dado cumplimiento, en lo referente a este producto, a lo estipulado en la Carta de Punta del Este, en la que se dice, y con mucha razón, que mientras los países entran a una diversificación en sus exportaciones y a un progreso en su producción, es indispensable mantener el precio y los volúmenes de las exportaciones que son comunes y permanentes en los países de América. Añade que no sólo es preciso analizar si lo que se ha logrado en este lapso, en el cual poco se ha hecho, es bueno. Se ha conseguido educar a los Gobiernos de América y de otros países en dicho esfuerzo y, en este sentido, se ha producido una transformación fundamental, no sólo en el proceso entre banqueros, prestamistas y economistas, sino que se han obtenido innegables progresos así y en la interpretación y en el rumbo que países de las Américas y los demás países de otras áreas están dando a su propio desarrollo. Es decir, se ha progresado en el entendimiento del problema y en el convencimiento de que lo que no se haga para mejorar al hombre no podrá dar resultados. Es evidente que la inversión en el hombre hace cinco años era todavía un gasto de mantenimiento y no una inversión, pero ya comienza a entenderse que es indispensable principiar por el hombre, de modo que si algo se ha logrado en la construcción de acueductos y alcantarillados, nada impedirá ampliar este

aspecto de la labor en campañas de salud que den fortaleza al hombre.

En cuanto a la observación del Representante de Venezuela sobre el financiamiento del programa de la erradicación de la malaria, el Dr. Sanz de Santamaría afirma que no hay razón para no realizar este tipo de campañas unidos en una verdadera alianza en pro del hombre, lo que redundaría en beneficio de todos los países.

En respuesta a las muy atinadas observaciones del Representante del Perú, reitera que esta revolución silenciosa que la Alianza para el Progreso se propone realizar, debe tener por base la transformación de esquemas anticuados que crean preferencias. A este respecto, recuerda la diferencia, establecida por el orador en anterior oportunidad, entre los conceptos de pesimismo y optimismo en el siglo pasado, en contraste con la idea predominante en el actual. En el siglo XIX el pesimismo y el optimismo eran fenómenos psicológicos o filosóficos. El liberalismo manchesteriano trajo a la humanidad una ola de optimismo, con su doctrina de que los sistemas naturales, como se llamaban entonces, permitirían el bienestar de la humanidad. A la sazón, el socialismo era realmente el pesimista; vino después el marxismo, con su pesimismo catastrófico, suponiendo que todo quedaría borrado al producirse una transformación radical. El Dr. Sanz de Santamaría—que declara ser optimista temperamental—sostiene que el optimismo y el pesimismo modernos no son de tipo filosófico o político. El optimismo de hoy—dice—es el de los hombres que creen que el avance de las ciencias es tan avasallador que va a convencer a la humanidad de que esos adelantos técnicos, en todos los ramos, desde el de la salud hasta el de la electrónica y la química, deben utilizarse para lograr el bienestar humano y para mejorar los sistemas sociales. En cambio, el pesimismo se da más bien en las personas que temen o que se oponen a los cambios por defender un *statu quo* o privilegios que, de todas maneras, van a ser reducidos o transformados, o porque no tienen la capacidad o el deseo o la fortaleza de presenciar un cambio radical.

En respuesta a la observación del Dr. Ferreira, señala que la OSP y el CIAP están colaborando estrechamente; el Dr. James S. McKenzie-Pollock asiste a los exámenes por países; el Dr. A. Peter Ruderma está en estrecha vinculación con economistas y el Dr. Emilio Budnik es punto de contacto permanente. El Dr. Horwitz es asesor oficial en salud, y el Dr. Sanz de Santamaría, como director

de orquesta, ha de armonizar, coordinando, a los diversos elementos. Declara que el CIAP no puede actuar sino cuando los países han formulado sus planes.

Por último, pone de manifiesto que el mejoramiento del hombre americano es de tal importancia para el equilibrio universal y el establecimiento de la paz que, poco a poco, todos contribuirán a esta clase de campaña de progreso económico y social del Continente.

*Se suspende la sesión a las 11:05 a.m.  
y se reanuda a las 11:35 a.m.*

### **Segundo informe del grupo de trabajo sobre la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud**

El PRESIDENTE anuncia que se procederá a dar lectura al segundo informe del grupo de trabajo encargado de preparar un proyecto de resolución sobre la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución.

El Dr. MARTÍNEZ (México) da lectura al referido informe, que dice así:

Cuando el grupo de trabajo celebró su primera reunión, no examinó el estado de las cuotas del Uruguay porque no existía un plan de pago con respecto a dicho país y su Representante no había llegado todavía. Posteriormente, el grupo de trabajo consultó con dicho Representante, quien después de comunicarse con su Gobierno, presentó al grupo de trabajo un plan provisional para liquidar, en un plazo de cinco años, las cuotas atrasadas, que en la actualidad corresponden a los años 1960-1964, y de esta manera ponerse al corriente en el pago de las cuotas. El plan es, esencialmente, el que se indica a continuación: Durante el período de 1965 a 1969, inclusive, se abonaría todos los años una cantidad equivalente a la cuota del año en curso más la del correspondiente al año más antiguo de atrasos.

El grupo de trabajo considera que el plan del Uruguay está de acuerdo con la política del Consejo Directivo expresada en la Resolución XII<sup>2</sup> aprobada en su XV Reunión. Por consiguiente, el grupo de trabajo modifica, por el presente documento, la lista de los países mencionados en su primer informe para incluir al Uruguay, previa aceptación de este informe por el Consejo Directivo, con lo cual el mencionado país podrá ejercer sus privilegios de voto en virtud de la resolución<sup>3</sup> adoptada al respecto en la cuarta sesión plenaria de la XVI Reunión del Consejo Directivo.

El Sr. CASTELLS (Uruguay) expresa su agradeci-

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 58, 16-17.

<sup>3</sup> Véase pág. 53.

miento a los Representantes de Estados Unidos de América, México y Venezuela, miembros del grupo de trabajo sobre la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución, y pide que conste en acta que la Delegación del Uruguay acompaña con su voto favorable los proyectos de resolución que, sobre los temas que a continuación se indican, fueron aprobados en sesiones anteriores. En la cuarta sesión plenaria, el Informe Financiero, *Documento Oficial 59*; en la quinta sesión, el Anteproyecto de Programa y Presupuesto, *Documento Oficial 61*, y Documento CD16/36, y en la sexta sesión, el Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1967, Documento CD16/37. Añade que igualmente quiere hacer constar que su Gobierno lo había instruido especialmente para apoyar la candidatura del Ministro de Salud del Brasil, Dr. Raymundo de Britto, como Presidente de esta Reunión.

El PRESIDENTE felicita a los miembros del grupo de trabajo por la labor realizada.

*Decisión:* Por unanimidad se acuerda el segundo informe del grupo de trabajo sobre la aplicación del Artículo 6-B de la Constitución.

**Tema 11-A: Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (continuación)**

El Dr. DA SILVA (Jefe, Departamento de Erradicación de la Malaria, OSP) manifiesta que el Director de la Oficina y el personal de la misma agradecen profundamente las palabras de estímulo pronunciadas durante la discusión del tema relativo a la erradicación de la malaria. Agrega que la Oficina acepta las expresiones de los Representantes como una demostración viva de la decisión de los Gobiernos de las Américas de continuar el programa para erradicar la malaria del Continente, ya que los resultados obtenidos son muy superiores a los problemas biológicos que hay que afrontar.

Considera que de las manifestaciones formuladas por las Delegaciones, hay dos puntos dignos de ser comentados: 1) que los recursos financieros adecuados no son suficientes para llevar a cabo el programa; es necesario que los Gobiernos provean las facilidades administrativas que un programa vertical requiere, y 2) que es necesaria una mayor cooperación de los servicios locales de salud, sean cuales fueren los orígenes de su financiación.

Con referencia al primer punto, es preciso desta-

car la preocupación de la Oficina por la tendencia que tienen algunos Gobiernos a olvidar la necesidad de mantener la campaña como una organización vertical. Señala que en los planes de reorganización de algunos Ministerios de Salud ya figura la estructura de esa campaña como un organismo subordinado a una de las divisiones clásicas de los servicios regulares de salud. Considera importante recordar que la campaña de erradicación de la malaria, como cualquier otra de la misma naturaleza, necesita una atención especial, por cuanto debe desaparecer como tal cuando el objetivo específico se ha alcanzado. En tales circunstancias necesita de una administración especial y de flexibilidad suficiente para conseguirla.

Hace constar que los Ministros de Salud de Centro América y Panamá, después de analizar este problema, en el artículo 3 de su Declaración, acordaron entre otras cosas, lo siguiente:

Poner en práctica los planes técnicos elaborados de común acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, y las modificaciones que en el curso del tiempo convenga introducir.

Designar para los cargos directivos personal profesional de reconocida competencia técnica que desempeñe eficazmente sus funciones.

Facilitar los procedimientos de selección, admisión y sanción de todo el personal.

Establecer sueldos y subsidios adecuados para todos los funcionarios de las campañas, de conformidad con los que predominan en el mercado nacional de trabajo, a fin de conseguir la estabilidad en el empleo del personal capacitado.

Establecer procedimientos adecuados, para la adquisición de materiales y equipo, con el objeto de atender debidamente las necesidades de la campaña.

Gestionar un sistema financiero para la campaña de erradicación de la malaria, de tal manera que se pueda obtener oportunamente de los fondos correspondientes.

Organizar un Consejo Directivo Nacional para la Erradicación de la Malaria, constituido de conformidad con la recomendación formulada en el Sexto Informe<sup>4</sup> del Comité de Expertos en Paludismo de la OMS.<sup>5</sup>

En este último párrafo se incluyen, al parecer, las sugerencias, muy atinadas, de los Representantes de Nicaragua y El Salvador acerca de la necesidad de mayor cooperación de los gobiernos municipales, esto es, de los gobiernos locales, en ciertas obras y servicios de control de criaderos de mosquitos, y de la participación de otros ministerios en la lucha contra la enfermedad.

<sup>4</sup> *Org. mund. Salud Ser. Inform. técn.* 123.

<sup>5</sup> *Publicación Científica de la OPS* 116, 56-57.

Con referencia al segundo punto, cabe señalar que, desde la iniciación de la campaña, la OSP/OMS vienen insistiendo en la organización de una Comisión Nacional para la Erradicación de la Malaria, con el fin de coordinar los esfuerzos nacionales. Señala que muchos países la han establecido ya, pero sus respectivas comisiones no se reúnen o no están integradas por los elementos adecuados. El problema ha sido convenientemente analizado en los seminarios sobre "La Misión de los Servicios Generales de Salud en la Erradicación de la Malaria".<sup>6</sup>

Dice que, como ya se ha mencionado, se estima que las observaciones y conclusiones<sup>7</sup> de estos seminarios son de suma importancia por cuanto han sido libremente emitidas por sus participantes—en especial por los dirigentes de los Servicios Generales de Salud del Hemisferio—al analizar el problema de la erradicación de la malaria y sus implicaciones. Estima evidente que dichos servicios han adquirido una noción de la responsabilidad que les concierne en el problema, y cree conveniente que se divulguen los principios derivados de los trabajos de los referidos seminarios. Hace constar que, con este fin, el Consejo ya aprobó el plan presentado por el Director de la Oficina, en el sentido de contratar dos especialistas en salud para estimular la celebración de reuniones nacionales, regionales y locales. La Oficina espera que los Representantes lleven a sus respectivos Gobiernos un mensaje recordando enfáticamente las observaciones y conclusiones mencionadas, que son, a su entender, de suma importancia.

Subraya el Dr. da Silva que cuando se habla de "integración" de la campaña de erradicación de la malaria en el Continente, debe tenerse en cuenta lo afirmado en este documento, en especial el párrafo siguiente del mismo:

Los Seminarios convinieron en que la campaña de erradicación de la malaria es parte de las actividades de los servicios generales de salud, pero que, por sus características peculiares, debe confiarse a un servicio especializado para poder alcanzar su objetivo.

Con referencia al comentario del Representante del Ecuador, el Dr. da Silva informa que la Oficina ya está trabajando en los planes para la realización de cursos de epidemiología avanzada de la malaria, los cuales darán comienzo en breve.

<sup>6</sup> *Publicación Científica de la OPS 118.*

<sup>7</sup> *Ibid.*, págs. 97-106.

### **Tema 11-B: Financiamiento del programa de erradicación de la malaria en las Américas**

El Dr. DA SILVA (Jefe, Departamento de Erradicación de la Malaria, OSP) procede a dar lectura al Documento CD16/7,<sup>8</sup> sobre este tema, en el que se señala que el Consejo Directivo, en la Resolución XX<sup>9</sup> aprobada en su XV Reunión, encomendó al Director que efectuara consultas con el Director General de la Organización Mundial de la Salud, a fin de arbitrar un método apropiado para asegurar el financiamiento del programa de erradicación de la malaria en las Américas, y que informara sobre el particular al Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión.

De conformidad con lo dispuesto en dicha resolución, el Director presentó a la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo un informe<sup>10</sup> sobre las gestiones realizadas. Después de examinarlo detenidamente, el Comité adoptó una resolución<sup>11</sup> en la cual tomó nota del informe presentado por el Director; reafirmó la importancia que, en la continuación del programa de erradicación de la malaria en las Américas, tienen las aportaciones voluntarias al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria y a la Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación del Paludismo, expresó la esperanza de que dichas aportaciones se mantengan al nivel necesario para que puedan lograrse todos los objetivos previstos en dicho programa, y acordó transmitir dicho informe a la XVI Reunión del Consejo Directivo, junto con cualquiera otra información que se obtuviera sobre el particular.

El Dr. da Silva termina manifestando que desde la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo, no se ha recibido noticia alguna sobre la materia.

El Dr. QUIRÓS (Perú) señala que ya se ha discutido bastante el tema de la malaria y, en vista de que el Comité Ejecutivo adoptó ya una resolución al respecto, propone que se reitere dicho texto.

El PRESIDENTE sugiere que el grupo de trabajo sobre la erradicación de la malaria, prepare también un proyecto de resolución sobre el tema que acaba de examinarse.<sup>12</sup>

*Así se acuerda.*

*Se levanta la sesión a las 11:55 a.m.*

<sup>8</sup> Véase Anexo 4, págs. 382-383.

<sup>9</sup> *Documento Oficial de la OPS 58, 23-24.*

<sup>10</sup> Véase Apéndice al Anexo 4, pág. 382.

<sup>11</sup> Resolución III. *Documento Oficial de la OPS 62, 6-7.*

<sup>12</sup> Véase duodécima sesión plenaria, pág. 174.

## DECIMA SESION PLENARIA

Lunes, 4 de octubre de 1965, a las 3:15 p.m.

Presidente: Dr. RODERICK ESQUIVEL (Panamá)

### **Tema 20: Elección de dos Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Costa Rica y Estados Unidos de América**

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y anuncia que se va a proceder a la elección de dos Gobiernos Miembros para integrar el Comité Ejecutivo, por haber llegado a su término el mandato de Costa Rica y los Estados Unidos de América. Seguidamente explica cómo se desarrollará la votación y designa escrutadores al Representante de Jamaica y al de la República Dominicana.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura a los artículos relativos a las votaciones, contenidos en el Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, en la Constitución de la OPS y en el Reglamento Interno del Consejo Directivo.

*Se procede a la votación con el siguiente resultado: número de votantes, 25; número de votos emitidos, 25; votos obtenidos: Ecuador, 22; Guatemala, 14; Argentina, 10, y Colombia, Chile, República Dominicana, y Trinidad y Tabago, 1. Se consideran, por tanto, elegidos a los Gobiernos del Ecuador y Guatemala.*

*Decisión:* Los Gobiernos del Ecuador y Guatemala quedan elegidos para formar parte del Comité Ejecutivo, por un período de tres años, y el Consejo acuerda expresar su agradecimiento a los Gobiernos de Costa Rica y Estados Unidos de América por los servicios prestados a la Organización por sus Representantes en el seno del Comité Ejecutivo.<sup>1</sup>

El Dr. AGUILAR HERRERA (Guatemala) hace constar su agradecimiento al Consejo por la distinción de que ha sido objeto su país al elegirlo Miembro del Comité Ejecutivo.

El Dr. PAREDES (Ecuador) agradece el honor que representa la designación para formar parte del Comité Ejecutivo, y expresa la esperanza de que los Representantes de su país sabrán corresponder a la

confianza y a las responsabilidades implícitas en tan alta distinción.

A continuación el PRESIDENTE felicita a los nuevos Miembros del Comité Ejecutivo y anuncia que se va a continuar el orden del día.

### **Tema 11-C: Cálculo de los requerimientos para la erradicación de la malaria en las Américas**

El Dr. da SILVA (Jefe, Departamento de Erradicación de la Malaria, OSP), al hacer la presentación del Documento CD16/14<sup>2</sup> explica que el mismo contiene un cálculo de los requerimientos anuales para la erradicación de la malaria, durante los años 1965 a 1969 inclusive, tanto para los programas de los países como para los proyectos de Zona y regionales de Zona, así como para los de la Sede. Estos requerimientos se indican por fuente de los fondos, a saber, Gobierno y otras fuentes y OPS/OMS.

En la sección referente a la OPS/OMS se incluye información sobre el Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria y sobre el financiamiento con fondos procedentes de los presupuestos ordinarios de la OPS y de la OMS, de la Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación del Paludismo y del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas. Asimismo se presentan por separado para la OPS/OMS el cálculo de los requerimientos en materia de personal, suministros y equipo, becas, subvenciones y otros gastos para cada uno de los programas en que participa la OPS/OMS.

Los cuadros en que se detalla el personal por tipo y año para cada programa aparecen en la forma habitual y se hace también una breve descripción del estado del programa y de los planes de la Organización para el futuro, indicándose, cuando procede, la colaboración del UNICEF y de la AID.

Los cálculos de las cantidades indicadas se efectuaron en mayo de 1965, utilizando para ello la mejor información de que se disponía en el momento. Añade el Dr. da Silva que la experiencia ha demostrado que la evaluación frecuente de los pro-

<sup>1</sup> Resolución X. Documento Oficial de la OPS 66, 16.

<sup>2</sup> Véase Anexo 3, págs. 346-381.

gramas es necesaria e implica una constante revisión de los requerimientos previstos.

Cita como ejemplo el hecho de que, después de estar preparado el documento, técnicos de la Oficina, en unión de los técnicos nacionales, hicieron una revisión de los programas de Guatemala, Honduras y Nicaragua, la que puso de relieve la existencia de nuevas necesidades económicas debido al deterioro que, desde enero, experimentó la situación, lo que se debió a la reinfección de áreas que se encontraban en fase de consolidación. El programa de El Salvador ha sido revisado dos veces, la última en la segunda quincena del mes de agosto, y también se reveló entonces la necesidad de disponer de recursos financieros de mayor cuantía que la inicialmente prevista. Cabe esperar que a medida que el tiempo pase, si no se obtienen recursos económicos para las campañas, habrá que volver a la fase de ataque en áreas ya consideradas limpias.

En algunos países esto ha sido agravado por el retraso del pago de viáticos. Centenares de funcionarios durante períodos largos continuaron recibiendo sueldo, pero sin producir nada porque no podían salir de su sede, con los consecuentes gastos de estos Gobiernos sin beneficio para la campaña.

A este respecto, menciona la Declaración<sup>3</sup> suscrita por los Ministros de Salud de Centro América y Panamá, en la Conferencia que celebraron en Washington, D. C., en abril de 1965, en al que se especifican las posibilidades de éxito de las campañas de los países, y hace notar que este documento no sólo interesa a Centro América y Panamá, sino a todo el Continente. Llama también la atención del Consejo acerca del "Acuerdo suscrito por los Ministros de Salud de Centro América y Panamá"<sup>4</sup> en aquella ocasión, y dice que los problemas de coordinación de la erradicación de la malaria no se limitan al Istmo.

Recuerda el Dr. da Silva que, con la participación de la Oficina, se han celebrado varias reuniones fronterizas entre otros países y pregunta si no convendría considerar el ejemplo de la América Central y Panamá y decidir si debe ser repetido en otras regiones del Continente. A este respecto, dice que la Oficina está a la disposición de los Gobiernos interesados para llevar a cabo sus deseos en este sentido.

A continuación informa que el Comité Asesor de

la OPS en Erradicación de la Malaria, en su Primera Reunión (Washington, D. C., agosto-septiembre de 1965), analizó el documento que se examina, y en su Recomendación 19 consideró que los cálculos de requerimientos presentados debían ser considerados como mínimos, a la luz de los conocimientos existentes, pero llamó la atención sobre los problemas de inflación, y sobre la posibilidad de que surjan otros problemas que podrían contribuir a que los cálculos presentados, especialmente para 1968 y 1969, no sean suficientes.

En relación con el personal asesor internacional, aclara el Dr. da Silva que la información presentada refleja los deseos que se concretan en los programas nacionales, y que cada puesto ha sido minuciosamente analizado con los Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria. Lamenta que sea escaso el personal especializado en erradicación de la malaria, razón por la cual la OSP no ha tenido oportunidad de cubrir todas las vacantes existentes. Añade que, sin embargo, prosiguen las gestiones encaminadas a conseguir dicho personal, tarea, a su juicio, poco fácil, pues hay numerosos técnicos de excelente calidad que en la actualidad participan en los programas de sus respectivos países. Señala que, en cuanto a esta cuestión, la Oficina se encuentra en una encrucijada y desearía recibir sugerencias del Consejo Directivo.

Resume la situación en los siguientes términos: existen en la Oficina puestos vacantes de asesores, paramédicos, ingenieros, entomólogos y sanitarios especializados en malaria; en varios programas nacionales de erradicación de dicha enfermedad trabajan elementos competentes de todas estas categorías. Ahora bien, para solucionar el problema es evidente que se necesita proporcionar adiestramiento a un número mayor de personal de todas las categorías, tanto para los servicios nacionales como para el internacional. Lo lógico—dice—sería contratar para la OPS/OMS a aquellos elementos nacionales ya experimentados, y adiestrar a nuevos elementos para los programas nacionales. Ello supondría la cooperación de los Gobiernos en la labor de selección y de adiestramiento de técnicos para sus campañas, con el fin de permitir que el personal de mayor experiencia pasara al servicio internacional. Agrega que, en caso contrario, existe la posibilidad de contratar elementos nuevos, con experiencia en administración de salud pública, para adiestrarlos,

<sup>3</sup> *Publicación Científica de la OPS* 116, 55.

<sup>4</sup> *Ibid.*, pág. 59.

de modo adecuado, en las técnicas de erradicación de la malaria, y, una vez terminado el curso teórico y práctico, seguido de un adiestramiento en servicio, nombrarlos consultores. En el primer caso, sería necesario estudiar un plan de selección, contratación y adiestramiento de los nuevos elementos nacionales que, con el tiempo, tendrían que sustituir a los técnicos seleccionados para el servicio internacional. Sobre este punto hace notar que es esencial que en el presupuesto nacional del programa de erradicación de la malaria se consignent fondos para la contratación de ese nuevo personal, con tiempo adecuado para su adiestramiento técnico y orientación para que se familiarice con los problemas locales de carácter técnico y administrativo.

El Sr. BOARD (Estados Unidos de América) felicita al personal de la Oficina por el excelente informe en el que se analiza a fondo un amplio y complejo tema, presentando de una manera clara, objetiva y bien fundada el cuadro de la situación. Señala que la OPS ha contribuido considerablemente a la erradicación de la malaria en las Américas, mediante la coordinación de las actividades de dirección, servicios de asesoramiento en planificación, adjudicación de becas, adiestramiento en materia de laboratorio y otros aspectos, y con la aportación de drogas y otros suministros y equipo.

Hace notar la advertencia del informe en el sentido de que la larga y difícil tarea que hay que realizar exige una gran perfección de las operaciones y un apoyo incesante. Indudablemente, la eficacia administrativa es otro de los aspectos fundamentales, como lo han revelado las dificultades encontradas en el pasado, en lo que se refiere a fondos, dotación de personal, etc. En el informe se mencionan planes que, si bien desde el punto de vista técnico ofrecen buenas perspectivas, simplemente no pueden ser llevados a cabo. El Sr. Board insiste en que el mejor de los planes resultará inútil si no se lleva a cabo estrictamente en los plazos previstos y con la intensidad necesaria. Esto indica la necesidad de que todos los interesados apoyen, con criterio realista, la erradicación de la malaria, pues de lo contrario se corre el riesgo evidente de fracasar.

Expresa su satisfacción por las manifestaciones de los distintos Representantes reafirmando la determinación de sus respectivos países en el sentido de continuar prestando apoyo a la campaña nacional de erradicación de la malaria hasta alcanzar el éxito completo.

Por último, dice que su Delegación se complace en anunciar que, sujeta a la disponibilidad de fondos, los Estados Unidos de América aportarán en 1966 una contribución voluntaria de \$2.190.000 al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria. Esta aportación no permitirá disponer de todos los recursos necesarios para el programa, pero cabe esperar que el Director de la OPS y sus colaboradores continúen en su empeño por conseguir ayuda financiera de otras fuentes, tales como los demás Gobiernos, el UNICEF, el Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, la OMS y el presupuesto ordinario de la OPS.

El Dr. FERREIRA (Brasil) indica que el programa financiero que se está examinando no supone el compromiso de lograr, para 1969, la erradicación de la malaria en todo el Continente. Señala a este respecto que en algunos programas no se han alcanzado los resultados que se esperaba obtener; además, la erradicación exige el empleo de todas las técnicas posibles para interrumpir la transmisión, las cuales muchas veces no pueden utilizarse por razones de carácter administrativo y financiero.

Seguidamente se refiere a las aportaciones voluntarias para el programa de erradicación de la malaria, y expresa su preocupación por el hecho de que gran parte de los recursos disponibles se basen en ese tipo de aportaciones, las que, como ya han manifestado algunos Representantes, son como la espada de Damocles.

A juicio del orador, los Gobiernos y la propia Organización, con su acción catalizadora, deberían encaminar sus esfuerzos a lograr que los fondos para la erradicación de la malaria pasaran al presupuesto ordinario de la Organización.

El Dr. Ferreira subraya que otro aspecto que hay que considerar es el de la transferencia de las responsabilidades de los programas de erradicación de la malaria a los servicios generales de salud o a los de las infraestructuras, que en los países de las Américas son muy débiles, y en consecuencia estima que aun en el supuesto de que se lograra la erradicación en un plazo de cuatro o cinco años, dichas infraestructuras no estarían en condiciones de desempeñar las operaciones de vigilancia y supervisión en forma debida.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) hace constar que tanto en la discusión del programa y presupuesto para 1966-1967 como en el análisis del tema de la erradicación de la malaria, se ha aludido a las medi-

das que la Oficina adoptaría para garantizar el financiamiento de este programa en la parte que corresponde a la Organización. Recuerda que ya entonces precisó que, de acuerdo con el *Documento Oficial 61*, el total de los fondos que para 1965-1966 administra la OPS, provenientes de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, es aproximadamente de un millón de dólares. Agrega que en el Documento CD16/14 que ahora se examina figura un cuadro-resumen,<sup>5</sup> cuya segunda parte lleva por título "Fuentes de los fondos de OPS-OMS", pero señala que al hacerse la presentación de ese documento sólo se mencionó la parte relativa a los fondos del presupuesto regular de la OPS, dato que aparece en la primera línea del cuadro, olvidándose de considerar, en un sentido vertical, el total de los fondos. El Dr. Horwitz estima necesario hacer esta aclaración al Consejo.

Anuncia que, en un documento apropiado, se han reunido los datos pertinentes para poner de relieve la relación existente entre las contribuciones voluntarias para la erradicación de la malaria y el total de los fondos provenientes de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud entre 1961-1965. Si el Consejo lo cree conveniente, dicho documento será distribuido. En él se precisa que, mientras en 1961 el 90,9% de los recursos presupuestados para la erradicación de la malaria procedían de contribuciones voluntarias al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria, en 1965 estas cifras alcanzan el 63,3%; es decir, que las sumas procedentes del presupuesto de la OMS y del presupuesto ordinario de la OPS llegan al 36,7 por ciento. Para 1966, las aportaciones voluntarias del citado Fondo Especial de la OPS son de un 57,5% y el total de los otros fondos que aparecen detallados en el documento alcanza a 42,5 por ciento. Ello refleja la preocupación de la Oficina por el carácter incierto de las contribuciones voluntarias, las cuales están supeditadas a los cambios de orientación de las estructuras políticas. Por esta razón, y a pesar de la penuria general de recursos, se trata de incrementar todos aquellos que no tienen su origen en dichas contribuciones. Hace constar que, persuadidos de tal realidad, y aprovechando la presencia en esta Reunión del Director General de la OMS, la Oficina ha asegurado que la parte que dicho organismo asigne, para 1967, sea una cifra similar a la acordada para 1966. No obstante, si el Consejo

estimase que el programa de erradicación de la malaria no debe depender en absoluto de contribuciones voluntarias, la cuestión estribaría en incorporar al presupuesto regular de la Organización Panamericana de la Salud partidas que, como se observa en el documento que se está examinando, exceden de \$2.000.000 para los años 1967-1968 y son de \$1.633.906 para 1969. Opina que en la situación actual, y considerando la evolución de las economías de los Gobiernos del Continente, conviene que subsista el sistema de financiación que viene rigiendo para esta campaña, contando con la generosidad del Gobierno de los Estados Unidos de América, evitando de esa forma un brusco incremento del presupuesto ordinario de la Organización. Sin embargo, si en algún momento se modificase la situación, se sugeriría al Consejo las medidas que deberían adoptarse en el orden presupuestario.

Manifiesta su opinión de que sería difícil desplazar otros programas para sustituirlos por el de erradicación de la malaria, ya que son los Gobiernos los que han marcado la orientación actual, considerando que es también apremiante atender las otras necesidades. Señala que, con este criterio, la Organización ha venido incrementando su presupuesto con prudencia, periódicamente, y que sigue con suma atención el desarrollo de los acontecimientos. Destaca que para el año 1965 hay una suma de \$1.000.000 que no procede de contribuciones voluntarias, y que, en la medida en que sea posible, se piensa seguir por ese camino, mientras el Consejo no resuelva otra cosa.

El PRESIDENTE advierte que un grupo de trabajo estudiará un proyecto de resolución sobre los temas 11-A, 11-B, y 11-C relativos a este punto. Dicho grupo lo integran los Representantes de la Argentina, Brasil, Ecuador, El Salvador, los Estados Unidos de América y México, y a él se incorporan también los del Perú y Venezuela.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) presenta el siguiente proyecto de resolución:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Después de examinar el Documento CD16/14 sobre el cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria;

Teniendo en cuenta el esfuerzo creciente de los Gobiernos para erradicar la malaria de sus territorios y que algunos están decididos a negociar préstamos externos para tal finalidad;

Habida cuenta de que el Comité Asesor de la OPS en

<sup>5</sup> Véase pág. 347.



Erradicación de la Malaria al comentar el cálculo de los requerimientos lo consideró como mínimo, a la luz de los conocimientos existentes; y

Considerando la necesidad que tiene la Oficina Sanitaria Panamericana de contar con mayor número de especialistas para prestar asistencia adecuada a las campañas y para intensificar las investigaciones sobre los problemas existentes,

RESUELVE:

1. Tomar nota de las cantidades que se estiman necesarias para los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria.

2. Expresar a los Gobiernos su profunda satisfacción por el esfuerzo económico que están realizando para proveer las campañas de los recursos necesarios para proseguir la lucha.

3. Felicitar al Gobierno de los Estados Unidos de América por las facilidades ofrecidas, por intermedio del programa de la Alianza para el Progreso, en la concesión de préstamos, en condiciones bastante favorables, para aquellos Gobiernos que así lo soliciten para el proseguimiento de sus campañas.

4. Recomendar a los Gobiernos que tengan muy en cuenta la Declaración suscrita por los Ministros de Salud de Centro América y Panamá, en la Conferencia realizada en Washington, D. C., el 28 y 29 de abril de 1965, por cuanto se aplica a todas las campañas de erradicación de la malaria.

5. Recomendar que los Gobiernos cooperen con la Oficina Sanitaria Panamericana facilitando los especialistas requeridos por la misma para intensificar su asistencia técnica al programa de erradicación de la malaria del Continente.

6. Recomendar a la Oficina que prosiga sus gestiones con los organismos de crédito internacional con el objeto de que incluyan en su política el financiamiento de los programas de erradicación de la malaria, mediante préstamos a largo plazo y bajo interés.

El PRESIDENTE indica que el proyecto de resolución que acaba de formular el Representante de Venezuela será sometido, para su estudio, al grupo de trabajo que se ha constituido.<sup>6</sup>

**Tema 29: Aportaciones financieras no gubernamentales para actividades de salud (conclusión)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación del Reino Unido*

El PRESIDENTE somete a la consideración de los Representantes el proyecto de resolución presentado por el Representante del Reino Unido en la sexta

<sup>6</sup> Véase duodécima sesión plenaria, pág. 175.

sesión plenaria, al examinarse el tema 24 (Resoluciones del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional). Recuerda que el Consejo tuvo entonces a la vista la Resolución WHA18.31<sup>7</sup> relativa al Fondo de Donativos para el Fomento de la Salud: Fundaciones pro-salud mundial. El Representante de Venezuela solicitó en aquella ocasión que se distribuyeran los estatutos de alguna de las fundaciones ya creadas, lo que ya se ha hecho.

El Presidente hace constar que, cumplida la solicitud del Representante de Venezuela, y oído el Consejo en relación con la cuestión de las aportaciones financieras no gubernamentales para actividades de salud, se podría dar por considerado el tema 29 del programa que se refiere a esa cuestión, con lo que se abreviaría el desarrollo de los trabajos.

Si no hay oposición, ruega al Dr. Sutter que lea el proyecto de resolución.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al proyecto de resolución:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre las aportaciones financieras no gubernamentales para actividades de salud (Documento CE52/12), en el que se da cuenta de la creación de la "World Health Foundation of the United States of America" y del plan para el establecimiento de fundaciones nacionales similares en otros países;

Teniendo en cuenta la Resolución V sobre este asunto, adoptada por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión; y

Vistos los Artículos 3 y 9 del Acuerdo concertado entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director de la Oficina sobre las aportaciones voluntarias no gubernamentales para actividades de salud (Documento CE52/12).

2. Tomar nota, asimismo, del Acuerdo entre el Director General de la Organización Mundial de la Salud y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, firmado en Washington, D. C., el 15 de octubre de 1964.

3. Encomendar al Director de la Oficina que continúe cooperando en el plan relativo a las fundaciones pro salud mundial y adopte las medidas que estime necesarias para la consecución de los propósitos fundamentales establecidos en las Constituciones de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud.

<sup>7</sup> Act. of. Org. mund. Salud 143, 20.

*Decisión:* Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.<sup>9</sup>

### **Tema 13: Estado de los planes nacionales de salud**

El Dr. McKENZIE-POLLOCK (Jefe, Oficina de Planificación Nacional de Salud, OSP) presenta el Documento CD16/15<sup>9</sup> y manifiesta que el tema de las Discusiones Técnicas<sup>10</sup> que tuvieron lugar durante la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1965, fue el de "Planificación sanitaria". El intercambio de ideas en ese foro mundial ha servido para fortalecer la fe en el método de la planificación, método que por lo menos 16 países del Hemisferio se han comprometido a aplicar.

Señala que en estos últimos años se ha consolidado la estrecha relación que existe entre la planificación de salud y la planificación del desarrollo económico, tanto en escala nacional como internacional. Las unidades de planificación de la mayoría de los Ministerios de Salud y las oficinas de desarrollo económico nacional mantienen consultas más frecuentes que conducen a un mejor entendimiento. El hecho de que la OPS haya sido invitada a participar activamente en los estudios por países que realiza el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP) demuestra la existencia de una relación más estrecha a nivel internacional, como indicó también el Dr. Sanz de Santamaría en la novena sesión plenaria.

Para hacer frente a lo que algunos han denominado la "revolución de crecientes esperanzas", el planificador del desarrollo económico se ha visto obligado, aunque con cierta resistencia, a asignar un porcentaje del capital para inversiones a la creación de una infraestructura, tanto social como económica, para el desarrollo, de la que forma parte la organización de los servicios básicos de salud.

La planificación de salud trata de establecer una estructura en la que puedan aunarse los numerosos elementos que contribuyen a la salud total. La planificación nacional de salud puede ofrecer un método sistemático para la aplicación de los altos principios de la medicina preventiva y social.

Añade el orador que ha llegado el momento de pensar en la creación de una institución académica para la planificación de salud en el Hemisferio. Ya se ha presentado, por medio de la OMS, un proyecto

al Fondo Especial de las Naciones Unidas para obtener ayuda a fin de establecer un centro panamericano de planificación de salud. Las funciones de este centro serían las siguientes: a) continuar el adiestramiento de planificadores nacionales de salud; b) facilitar asistencia técnica a los países para intensificar el desarrollo de sus respectivos planes nacionales de salud, y c) investigar y codificar la metodología de la planificación de salud.

En el cuadro 1 del Documento CD16/15 que se examina se presenta, de acuerdo con la información disponible, un resumen del estado de los planes nacionales de salud en los distintos países. La situación varía constantemente, y por consiguiente, la Organización modificará el cuadro, de conformidad con cualquier información adicional que se le facilite.

El Dr. McKenzie-Pollock llama la atención sobre el hecho de que en el cuadro 2 del citado documento sólo se hace referencia a los gastos del Gobierno central. Especialmente en los países que tienen un sistema político federal, estos gastos sólo representan parte de los que el país dedica a las actividades de salud. Resulta difícil reunir las cifras de los gastos nacionales totales, pero se espera que podrán obtenerse para el informe del próximo año.

En el cuadro 3 se indica el número de planificadores de salud adiestrados y su utilización en los diversos países.

Para concluir, hace notar que, en la actualidad, las profesiones relacionadas con la salud están cooperando mucho más en la labor de planificación, a medida que un creciente número de grupos de especialistas participan directamente en la elaboración de sus propios patrones y normas, dentro de la estructura de dicho proceso.

El Dr. AGUILAR RIVAS (El Salvador) declara que su país fue uno de los primeros que se dedicó a la planificación en salud, la que se realizó con ayuda de la Oficina Sanitaria Panamericana desde 1963. A su juicio, la planificación es algo novedoso, pero en ella subsiste mucho de lo antiguo que es básico en la administración de salud pública: la estadística, la epidemiología, la administración. Lo nuevo es el hecho de que se integren las cuestiones de salud en los programas de desarrollo económico y social, y que se trace una orientación más adecuada para el establecimiento de prioridades en los programas de trabajo. En El Salvador, a los seis meses de iniciar sus actividades la unidad de planificación, esta emprendió la primera evaluación, en el primer semestre

<sup>9</sup> Resolución XI. Documento Oficial de la OPS 66, 16-17.

<sup>10</sup> Véase Anexo 6, págs. 391-401.

<sup>11</sup> Véase Act. of. Org. mund. Salud 144, 181-183.

de 1964, e informa que en la actualidad se está completando. La información obtenida con la evaluación se utilizó para examinar, en la sede de cada región—con la participación de todo el personal profesional y técnico—los hallazgos encontrados, lo que sirvió para descubrir las fallas y dificultades del trabajo. La evaluación ha proporcionado beneficios concretos, como es el obtener un panorama de la situación existente a través del diagnóstico, un conocimiento claro de los daños que experimenta la población, la disponibilidad de recursos y el aprovechamiento que de ellos se hace. Todo esto sirve de orientación a los servicios de salud para la realización de las acciones pertinentes, y así las prioridades se determinaron por un procedimiento técnico, no por la opinión de los ejecutivos. Fundamentalmente, se trata de atender la demanda de asistencia y reducir la mortalidad. Se han establecido normas técnicas que son aplicadas de modo semejante en todo el país; esto es, la atención a la salud se proporciona en forma homogénea y con la mejor utilización de los recursos, sin menoscabo de la eficiencia técnica. Dichas normas abarcan, en su primer intento, los aspectos fundamentales, pero se irán completando y mejorando con la experiencia. Tienen la característica especial de que fueron establecidas con carácter nacional, de acuerdo con la realidad del país. El plan prevé el cumplimiento de acciones de salud con objetivos precisos que se alcanzan mediante el adecuado cumplimiento de las normas, con objetivos realistas, adaptados a los recursos disponibles.

Señala que en la estructura administrativa se han introducido modificaciones encaminadas a integrar los servicios, centralizar la normalización y descentralizar las acciones, lo que se viene reflejando ya en un acercamiento, que antes no existía, entre los hospitales y los centros y unidades de salud. Por otra parte, se lleva a cabo un plan racional de adiestramiento de personal, con vistas a lograr objetivos nacionales. En los establecimientos de salud se dispone ya de servicios de estadística, que usan formularios e instrucciones similares, lo que permite recoger en forma precisa, y con sólo un mes de atraso, toda la información comparable, a los efectos de la evaluación.

El plan indicó la necesidad de una redistribución de los recursos, con el fin de reforzar a las regiones más débiles y tal redistribución se efectúa en armonía con las posibilidades del personal que se adiestra o recién egresado. Ha sido importante el efecto

moral que el plan ha tenido en cuantos trabajan en los servicios de salud.

La Escuela Nacional de Enfermería ha modificado su programa de enseñanza para ponerlo a tono con las necesidades señaladas por el Plan Nacional de Salud. La Facultad de Medicina, por otro lado, ha incorporado la planificación de salud en el plan de estudios de la cátedra de medicina preventiva, y este año ha dedicado al tema mayor atención que en 1964. La divulgación sistematizada del plan se lleva a cabo mediante la formación de personal de campo, en cursos de revisión y adiestramiento que van precedidos de un cursillo sobre estadística de salud. El Departamento de Planificación ha colaborado con el Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica al elaborar el Plan Quinquenal 1965-1969, que ya ha sido publicado por el Comité Nacional de Publicaciones como un marco de referencia, abarcando los siguientes aspectos: diagnóstico de la situación, acciones realizadas durante el período de 1950-1964; pronóstico; política de salud; plan de salud 1965-1969; necesidades mínimas de personal; estimaciones de personal para 1965-1969 y plan de inversiones para el quinquenio. Este plan tiene que ser revisado anualmente, de acuerdo con las necesidades, para ajustarlo a las metas deseadas, y comprende también una estimación de los costos, lo que constituye el primer intento formal que hace el Ministerio para conocer la realidad de cómo se utilizan y distribuyen las aportaciones de la comunidad para el cuidado de la salud. Reconoce que, aunque tal intento sea deficiente por ahora, su valor es indudable y, además, será mejorado con el tiempo. De la información que se obtenga, se beneficiará la dirección administrativa y técnica de los servicios de salud, ya que se empleará como base para elaborar el presupuesto por programas, indicando cuáles de estos dan menos rendimiento en consonancia con el gasto que supongan. Insiste en que tal información permitirá identificar errores de planificación y buscar los medios más apropiados para subsanarlos.

El Ing. RIVERA (Costa Rica) indica que en 1963, fecha en que la OSP intensificó su ayuda para la formación de las unidades de planificación, se advirtió una gran mejoría en esta actividad, pero considera, por lo que se desprende de los datos examinados, que en los países hay un contingente importante de personal que podría aprovecharse en este método de trabajo. Se muestra de acuerdo con

una afirmación formulada por el Dr. Karl Evang, en la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, según la cual es de gran importancia integrar la planificación de la salud en la planificación global de cada país, ya que aquella—la de la salud—es una planificación sectorial que debe ser incorporada al proceso general de planificación nacional, y destaca que incluso hay deficiencias de integración entre los diversos organismos relacionados con la salud. Reitera el Ing. Rivera que es indispensable que el sector salud esté integrado de un modo completo en la planificación del desarrollo nacional, pero estima que es también ineludible que este sector, en sí mismo, forme un todo compacto y uniforme en la totalidad de servicios y actividades que comprende.

Declara que en Costa Rica se hace un intento de unificación a nivel de los técnicos de los diferentes organismos, con el propósito de lograrla luego a nivel político, y afirma que tal vez sea más fácil de realizar en el primer aspecto que en el segundo.

Al presente, se trata de establecer una cuantificación en lo que respecta a problemas cuyas dimensiones eran antes desconocidas. En Costa Rica el mayor problema estriba en la formación de personal, sobre todo a nivel de los médicos, cuestión que, a su entender, aqueja a todos los países de las Américas. Asimismo, juzga grave la situación en lo que respecta a personal de enfermería y auxiliares de enfermería, problema que la planificación ha debido cuantificar. Cree que la planificación necesita un enfoque más ajustado a la realidad del problema de la salud en el Continente.

Por último, recomienda a la Oficina que prosiga sus estudios sobre el tema, para llegar a resultados más efectivos que lleven a convencer a otros sectores de la trascendencia que tienen en el desarrollo económico y social de los países los problemas de salud.

El Dr. PERAZA (Honduras) informa que este año fue establecido en su país el Consejo Superior de Planificación Económica, que antiguamente se llamaba Consejo Nacional de Economía y, al mismo tiempo, fueron creadas cuatro oficinas sectoriales: la del sector salud, la de educación, la de recursos naturales y la de comunicaciones y obras públicas. El año pasado funcionó en el Ministerio de Salud Pública la unidad de planificación de una manera provisional y se hizo un intento de plan quinquenal de salud. En la actualidad se procede a un nuevo diagnóstico de los problemas y se hacen los reajustes y correcciones adecuados en el plan primitivo.

Además se está adiestrando personal a nivel nacional, regional y local, para lo cual se ha elaborado un pequeño manual de planificación, haciendo lo posible por ser originales en el planteamiento y desarrollo de los temas. En ese manual se resumen los conceptos desarrollados en el curso de planificación para la salud que anualmente se celebra en Santiago, Chile, en el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, y que también han sido utilizados conceptos contenidos en un documento básico<sup>11</sup> preparado por el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), de la Universidad Central de Venezuela, a petición de la Oficina Sanitaria Panamericana, en el que, en líneas generales, se desarrolla la misma doctrina que sirve de línea conceptual al curso de Chile.

En general, se trata de exponer los temas de modo elemental, con claridad, al alcance de un personal no iniciado en las disciplinas de la salud pública, a fin de facilitar la comprensión de los problemas a quienes tienen que decidir sobre la política de inversiones, y utilizando también un método matemático que permita establecer las prioridades para ayudar a la comparación en cada país. Agrega que, como en todo método en proceso de desarrollo, en el que se menciona existe amplio campo para investigar, ensayar y perfeccionarlo, tarea que incumbe a los planificadores nacionales.

El Dr. OÑATIVIA (Argentina) afirma que no es menester poner de manifiesto la importancia fundamental que tiene la planificación como instrumento para que los respectivos países elaboren sus programas nacionales de salud, y reitera la necesidad de vincular estos a los planes generales de desarrollo, incluso en aquellos países desarrollados en los cuales es indispensable un mejor aprovechamiento de sus excedentes de recursos materiales y humanos. Considera fundamental, por tanto, llegar a una coordinación entre los sectores de salud pública y los sectores generales de desarrollo de los respectivos Gobiernos.

Entre las deficiencias de que adolece la Argentina en materia de planificación de salud, cita las que se refieren a información básica, a personal capacitado en planificación, a metodología y a la organización que facilite el desarrollo de dicha planificación, aunque considera que se han dado pasos decisivos en este campo. Agrega que se ha tratado de establecer relaciones entre este sector ministerial y el sector

<sup>11</sup> *Programación de la salud—Problemas conceptuales y metodológicos. Publicación Científica de la OPS III.*

de desarrollo del gobierno nacional, y se ha logrado un diagnóstico de la realidad nacional en materia de salud, habiéndose elaborado el primer catastro de recursos y servicios de salud pública, el cual se llevó a efecto sobre el terreno en todos los aspectos de la actividad tanto oficial y privada, como paraestatal del país, con el fin de obtener la información real y concreta de que actualmente dispone el Ministerio para preparar los planes de salud.

Por otro lado, subraya que también se ha avanzado mucho en lo que atañe a la información básica adecuada, tanto en estadísticas vitales como de salud, tratando de obtener la uniformidad necesaria, lo que es importante en un país de estructura federal como la Argentina si se desea contar con estadísticas de orden nacional, estatal y municipal adecuadas.

Dice el orador que la Argentina ha dado pasos positivos en cuanto a la capacitación de personal auxiliar encargado de la recolección de esta información básica en todos los niveles, haciendo que la metodología que se emplea sea lo más uniforme posible. Resalta que estos hechos revelan que se ha progresado en cuanto al diagnóstico, a planificación de salud y a la elaboración del futuro plan nacional de salud.

El Dr. CALVO (Panamá) informa que, en su país, el Ministerio de Salud Pública desarrolla un Plan Nacional de Salud que se encuentra en su fase preliminar. Recientemente se ha actualizado en Panamá la terminología de planificación de salud, gracias a la experiencia obtenida en un curso del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, celebrado en Santiago, Chile. Considera que, aun cuando se le denomina Plan Nacional de Salud, se trata en realidad de un plan subsectorial, pues no se ha podido incluir en él ni a la seguridad social ni al sector privado.

Cree que los esfuerzos de la Oficina deben encaminarse a lograr, a la mayor brevedad posible, la planificación total de la salud de los países del Hemisferio y su inclusión en los planes nacionales de desarrollo. Pregunta al Dr. McKenzie-Pollock, cuántos de los llamados planes nacionales de salud pública abarcan a la totalidad del sector de salud de cada país, y cuántos de estos planes están integrados, a su vez, en la planificación total económica y social de los países.

Subraya que, en general, los técnicos en planificación de salud muchas veces han actuado separados

del conjunto de la planificación económica y social; por consiguiente, como los respectivos planes no están totalmente integrados, su realización es cada vez más difícil.

Estima que aunque se hacen intensos esfuerzos por elevar la planificación de la salud a la categoría de mística, no se advierte que es indispensable una comprensión de los problemas a nivel de los propios países, utilizando en forma paulatina toda nueva técnica de integración, haciendo que sea cada vez mayor el número de personas que entiendan esa nueva mística a fin de que los planes de los subsectores de salud se puedan acometer con un sentido realista.

El plan de salud de Panamá, basado en una técnica administrativa que considera satisfactoria, ha logrado, desde 1962, una gran aproximación entre los diferentes sectores, perfeccionando lo que fue su concepción original, y se ha tratado de aplicar una metodología a nivel local que permite adquirir experiencias técnicas para evaluar, de una forma racional, lo que se está realizando. Ello permitirá presentar al Gobierno, en un plazo breve, un plan completo del sector salud del país, fundado en una metodología económica adecuada a las necesidades y posibilidades de la comunidad.

El Sr. BURKE (Jamaica) subraya que la información sobre su país, contenida en el documento que se examina, no ofrece una idea exacta de lo que en él se viene realizando, tal vez porque los datos proceden en gran parte del Banco Interamericano de Desarrollo, del que, desgraciadamente, Jamaica todavía no es miembro. Considera de interés mencionar que los gastos de Jamaica en el sector salud ascienden a 6.400.000 libras, en un presupuesto total de 64.000.000 de libras para 1965-1966. En esta cifra no están incluidos los gastos en sistemas de abastecimiento de agua, alcantarillado y otros servicios facilitados por las autoridades locales, que son totalmente reembolsables. No se ha establecido todavía una unidad de planificación en el Ministerio de Salud, pero esto no significa que no se desarrollen actividades en dicho campo. Señala a este respecto que se encomendó al Ministerio de Salud, lo mismo que a todos los demás, que prepararan su parte correspondiente de un plan nacional para los años 1962-1967. Esta planificación se refirió principalmente a importantes obras de desarrollo.

También se procedió a la planificación con respecto al adiestramiento, acopio de datos y otras actividades particularmente relacionadas con la

salud. Por ejemplo, durante estos últimos tres años, se ha aplicado el procedimiento de racionalización administrativa—que con tanto éxito ha implantado la Organización—para lograr especialmente, dentro de los límites financieros y de la política general, la descentralización de los servicios hospitalarios. La característica principal del programa de obras importantes fue la planificación y ejecución simultánea de un proyecto de tres hospitales de distinto tamaño, incluida la construcción de edificios, el adiestramiento del personal necesario y los aspectos financieros. En el Ministerio de Salud se ha establecido un grupo encargado de proyectos, integrado por un oficial médico principal, especializado en hospitales, la jefe del servicio de enfermería, un oficial administrativo especialmente adiestrado en economía y el arquitecto jefe del Ministerio de Comunicaciones y Obras Públicas. Este es el grupo del Ministerio de Salud que, junto con el Jefe de los Servicios Médicos y el propio Sr. Burke, sirvió de asesor principal al Ministro en dicho proyecto. Es así como Jamaica lleva a cabo los proyectos de esta envergadura. En lo que se refiere a las obras públicas, se dispone de los servicios de arquitectos, y la Organización Panamericana de la Salud ha aportado también la valiosa cooperación de uno de sus consultores.

Todos los oficiales principales del Ministerio de Salud, bajo las órdenes del propio Ministro, desempeñan funciones de planificación. En la medida de lo posible, esta planificación se integra con la de otros Ministerios.

Informa el Sr. Burke que Jamaica está realizando un estudio sobre las necesidades y recursos para los próximos 10 años, y a este respecto recibe también importante ayuda de la Organización.

En esta materia el Ministerio de Salud utiliza no sólo a su propio personal, sino también a estadísticos y funcionarios de la "Unidad Central de Planificación del Gobierno".

El Dr. AGUILAR HERRERA (Guatemala) declara que en Guatemala se ha organizado, aunque con carácter provisional, la unidad de planificación en salud, y señala que tiene tal carácter provisional porque a pesar de estar dirigida por dos personas idóneas, se trata de personal prestado de otras dependencias del Ministerio de Salud, por lo que su situación no es estable. No obstante esta circunstancia, dicha unidad ha venido trabajando en el diagnóstico de la situación hasta completarlo, y ahora está terminando el informe correspondiente.

Las labores de la unidad de planificación no han adelantado con toda la rapidez que sería de desear para llegar a la formulación del plan y a su ejecución.

El Representante de Guatemala considera, a través de los cuadros que ha presentado el Dr. McKenzie-Pollock en el correspondiente documento, que tal vez otros países se encuentren en una situación más o menos similar. Por ello, propone que se forme una comisión con el encargo de formular un proyecto de resolución, para que en aquellos países en donde los planes nacionales de salud no hayan logrado adelantos satisfactorios, los Gobiernos presten todo su apoyo a las unidades sectoriales de planificación, faciliten su integración en los organismos nacionales de planificación y ayuden asimismo al desarrollo de estos planes.

El PRESIDENTE estima interesante la proposición del Dr. Aguilar Herrera y designa a este para que en unión de los Representantes de Chile, El Salvador y Haití, con la asesoría del Dr. McKenzie-Pollock, formulen el correspondiente proyecto de resolución.

El Dr. MARTÍNEZ (México) manifiesta que ha solicitado intervenir guiado por los propósitos siguientes: primero, expresar públicamente su adhesión a los puntos expuestos por el Representante de Panamá, que coinciden con el criterio y con la experiencia de México y segundo, porque estima necesario puntualizar cuál es la situación de su país con respecto a la planificación, ya que el informe a que se refiere el documento presentado difiere de la realidad, aunque cree que ello pudiera deberse a defecto en las respuestas emitidas cuando las autoridades mexicanas de salud fueron preguntadas, o a falla en el esquema de las respectivas preguntas.

Afirma que México viene planificando oficial y formalmente su vida colectiva desde 1924, cuando después de la revolución se hicieron por primera vez planes quinquenales de Gobierno de carácter integral, incluyendo los de salud pública. Opina que en el entusiasmo de la Oficina para patrocinar el desarrollo de la planificación, se ha querido forjar una mística, que debe girar, o que se desea que gire, alrededor de un método, y que esté fundada en una terminología. Señala que cada país tiene que realizar sus actividades de salud ajustándose a su realidad cultural y económica; ello significa que no es posible utilizar en todas partes los mismos métodos. Informa que el Gobierno de México ha resuelto no organizar una Oficina de Planificación

en la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Aclara que oportunamente se dijo que tal Oficina estaba en proceso de formación, pero que durante ese proceso se determinó, después de amplia discusión, que no era conveniente establecerla en dicha Secretaría, lo que en modo alguno quiere decir que se esté en contra de la planificación. Añade que tal hecho es reflejo de una situación diferente y de procedimientos distintos.

El Sr. PHILIPPEAUX (Haití) afirma que, en cuanto al tema que se discute, su país se encuentra en una situación casi idéntica a la de México, esto es, que ha adoptado y mantenido la decisión de no organizar, en el Departamento de Salud Pública, un organismo de planificación, bien sea para responder a los objetivos de la Alianza para el Progreso o para atender recomendaciones formuladas por organismos especializados que se ocupan de cuestiones de salud.

Indica que Haití es uno de los artífices del Pacto de la Alianza para el Progreso, pero que hasta la fecha, a pesar de su solicitud, de sus esfuerzos y de la visita de misiones enviadas especialmente por organismos de financiamiento, no ha recibido ni un dólar del exterior para financiar sus programas. Declara que ha sido con sus recursos propios, que son escasos, cómo el país ha tratado de cumplir los objetivos de la Carta de Punta del Este, objetivos que Haití había adoptado incluso antes que la Alianza.

Afirma que Haití, a través del Departamento de Salud Pública, trabaja en base a un plan que no ha sido todavía comunicado a la Oficina y que, por otra parte, tampoco se ha respondido al cuestionario correspondiente. Los objetivos de ese plan, en lo inmediato, son: la reorganización de los servicios de salud pública según un concepto racional y realista y, seguidamente, la formación de cuadros, desde los técnicos hasta los auxiliares. Al final del ejercicio fiscal, que expiró el 30 de septiembre de este año, se habían cubierto esos dos primeros objetivos; en el ejercicio próximo, que comenzó el 1 de octubre, se pasó a la etapa superior de planificación, pero subraya que, en cuanto a los recursos que serán empleados en el proyecto, provendrán estrictamente del esfuerzo nacional. No obstante, expresa su agradecimiento a la OMS y a la OSP por la asistencia que en forma técnica o de material proporcionan a Haití.

El Dr. VALDIVIESO (Chile) anuncia que, por primera vez, su país tendrá un plan nacional de

salud, trazado en íntima conexión con el plan de desarrollo económico general de la nación, que actualmente se elabora a nivel presidencial, que es el nivel en que se han preparado los demás planes sectoriales. Dicho plan tendrá una dimensión verdaderamente nacional, en el sentido de que va a coordinar la acción de todas las instituciones, incluso la de las privadas, que trabajan en el campo de la salud. Sin embargo, hay una serie de factores limitantes: falta de información conveniente, trabas legales, formación sociológica, puntos que no pueden ser superados rápidamente y que impiden que el sistema sea total desde sus comienzos, pero la acogida de la iniciativa en los otros sectores, aparte del sector público, ha sido favorable.

Se trata de un plan realista, en cuanto a los recursos disponibles actualmente, y se ajustará a consideraciones de carácter regional y local, ya que los problemas de salud que se presentan en el norte del país—zona subtropical—son completamente distintos a los que hay en el extremo sur del mismo—zona muy fría. Con el objeto de responsabilizar en la ejecución del plan a los que intervengan en él, se ha organizado el comité de elaboración de este con aquellos elementos que van a intervenir en su ulterior ejecución, pretendiendo que se realice con urgencia.

En este plan se introduce el sistema de presupuesto por programa para ser realizado en los próximos 10 años, provincia por provincia. Las enfermedades o daños se han agrupado en enfermedades evitables y no evitables; en un grupo aparte, la atención de partos y de niños sanos que, no siendo propiamente enfermedades, requieren actividades de salud. Enseguida se establece cuál es la técnica más apropiada para combatir cada enfermedad y, de acuerdo con ella, se fijan normas de cómo debe llevarse a cabo la respectiva actividad, incluyendo el rendimiento que debe alcanzar. Se comenzará con objetivos mínimos, cuyo cumplimiento hará que la situación de salud no se deteriore con respecto a la existente. En este plan mínimo se establecen metas para cada provincia y para cada unidad de salud, lo que posteriormente se traducirá en un presupuesto-programa en el cual se indicará el costo de cada una y el del total de las acciones previstas. Agrega el Dr. Valdivieso que se estudian otras alternativas cuya factibilidad dependerá de la posibilidad de contar con los recursos presupuestarios adecuados; es decir, se prevé que en los 10

años señalados será posible incrementar paulatinamente los medios económicos, lo que permitirá pasar de un plan mínimo a otro con objetivos más ambiciosos.

Anuncia que el plan de salud de Chile, podrá ser presentado a la Oficina en los primeros 15 días del mes entrante, por cuanto está ligado justamente a la terminación del plan decenal de desarrollo económico del país.

El Dr. MCKENZIE-POLLOCK (Jefe, Oficina de Planificación Nacional de Salud, OSP) agradece las observaciones formuladas por los Representantes, que considera sumamente valiosas para mejorar la manera de abordar el tema de la planificación. Manifiesta que la planificación y su metodología están todavía en sus fases iniciales, y que no existe ningún modelo de planificación nacional de salud que pueda aplicarse a la situación de un país y que se ajuste perfectamente a ella. Evidentemente, algunas metodologías de planificación y algunos de los métodos más modernos de análisis y de ejecución sistemática podrían adaptarse a muchas situaciones, pero la planificación ha de adaptarse esencialmente a las características de cada país. No hay ningún sistema que pueda aplicarse de la misma manera a una administración política central y a una estructura federal, grande y compleja. En definitiva, la planificación no es un proceso estático, sino más bien está sujeto a variaciones.

Alude a las observaciones del Dr. Calvo, quien expresó claramente que, a nivel de la "macroplanificación", ningún país ha realizado un verdadero análisis de lo que podría denominarse el sector salud del producto nacional bruto, lo que supone un completo análisis de los servicios gubernamentales de salud, y de los que en este mismo campo ofrecen el seguro social, el sector privado, la medicina militar, la medicina industrial y toda una serie de otros elementos que intervienen en él. El orador duda de que exista un solo país en el mundo que haya efectuado un análisis total de sus actividades de salud. Se han realizado ciertos progresos pero, a su juicio, no se logrará la perfección. La planificación consiste en aunar sistemáticamente los numerosos y complejos elementos que intervienen en el fomento de la salud, a fin de correlacionarlos con los recursos disponibles. El propio debate tan estimulante sobre la cuestión constituye una prueba de que la planificación es un proceso dinámico.

*Se suspende la sesión a las 5:45 p.m.  
y se reanuda a las 6:00 p.m.*

### **Tema 15: Informe sobre la racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana**

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP) presenta el Documento CD16/16,<sup>12</sup> que constituye un nuevo informe sobre los progresos realizados en relación con la racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana, y en el que se ponen al día los datos facilitados sobre la materia en reuniones anteriores de los Cuerpos Directivos de la Organización.

Explica el Dr. Portner que el objetivo del programa de racionalización administrativa consistía en centralizar en la Oficina de Washington casi todas las actividades administrativas de la Organización, y de esta manera lograr una mayor eficacia a un menor costo. Este objetivo ya ha sido alcanzado. Como resultado de dicho programa se logró una reducción neta de 68 puestos administrativos, lo que representa una economía anual de unos \$530.000, que se están empleando en la asistencia directa a los programas de los Gobiernos.

Añade que se ha hecho referencia al aumento de gastos por concepto de horas extraordinarias de trabajo y personal temporero, principalmente en la Sección de Finanzas. Dicho aumento representa menos del 3% de las economías totales efectuadas con el programa de racionalización. Gran parte de ese aumento no guardaba ninguna relación con el propio programa y se debió, en una proporción considerable, a casos de enfermedad y a la necesidad de terminar a fecha fija ciertos trabajos, como el cierre de cuentas.

Señala el orador que, como ya se informó anteriormente, el programa de racionalización administrativa se extendió también, en 1964, al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, con una reducción inicial de 21 puestos, lo que supone una economía anual estimada en \$53.000.

A medida que se ha ido incrementando el volumen de trabajo en la Oficina de Washington, en parte por la centralización de las operaciones administrativas y en parte por la ampliación del programa y del personal de la Organización, se ha intensificado los esfuerzos encaminados a mejorar los métodos y procedimientos internos y a introducir nuevas técnicas. Se han adoptado varias medidas importantes en materia de mecanización y ordenación

<sup>12</sup> Véase Anexo 13, págs. 444-446.



y análisis de datos en las funciones administrativas. Una de ellas fue la adquisición, en 1961, de dos máquinas de contabilidad que luego fueron modificadas para que pudieran utilizarse también en la preparación de cintas de papel perforado para alimentar con datos a la computadora electrónica. Otra importante medida fue la elaboración, a principios de 1964, de la nómina del personal de la Oficina mediante la computadora, lo que al mismo tiempo permitió obtener de ella numerosos datos de carácter financiero.

En materia de personal, en abril y mayo se completó el cambio al nuevo procedimiento. Se elaboraron nuevos formularios y se adquirió nuevo equipo, con lo cual se obtienen ahora informes preparados por la computadora sobre el personal de plantilla, relación numérica del personal por categorías y procedencia de fondos, distribución de aquel por nacionalidades y otra serie de informes sobre la materia.

Al mismo tiempo, varios funcionarios están recibiendo adiestramiento en programación en el sistema de computadoras electrónicas y técnicas afines, a fin de crear un grupo de personal de plantilla que esté capacitado para escribir los propios programas de la Organización. Mientras tanto, una compañía se encarga de los trabajos de computación electrónica. Sin embargo, a medida que se adquiera más experiencia y aumente el volumen de trabajo de la Oficina, tal vez sea conveniente estudiar otros sistemas.

Termina diciendo el Dr. Portner que, con la constante simplificación de los procedimientos y un mayor uso del equipo y técnicas más modernas en la administración de la Organización, será posible alcanzar un elevado nivel de eficacia y rendimiento sin los correspondientes aumentos de personal y gastos.

El Sr. BURKE (Jamaica) considera que sería injusto no expresar unas palabras de sincero agradecimiento por la labor de racionalización administrativa llevada a cabo en la Oficina y la que se proyecta realizar en el futuro.

Sabe por experiencia que la fiereza de una tigresa defendiendo a su cachorro no es nada en comparación con la oposición que a veces se encuentra cuando se trata de reducir el personal administrativo, y cree que la reorganización lograda es, probablemente, única entre los organismos internacionales. Asimismo, se muestra complacido por las perspectivas de mejorar la reorganización, no sólo

en cuanto a personal, sino también en la mejor utilización de los recursos y el empleo de métodos más perfeccionados. En consecuencia, presenta el siguiente proyecto de resolución:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre la racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CD16/16);

Considerando los progresos realizados hasta la fecha hacia la consecución del objetivo del programa;

Teniendo en cuenta las economías obtenidas como resultado de dicho programa de racionalización y la inversión de las citadas economías en los servicios prestados a los Gobiernos para el desarrollo de los programas; y

Reconociendo el constante esfuerzo que se lleva a cabo para mejorar los métodos y procedimientos internos, mediante la aplicación de los sistemas de ordenación y análisis de datos,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director sobre la racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CD16/16).

2. Felicitar al Director y al personal de la Oficina Sanitaria Panamericana por la labor realizada hasta la fecha para efectuar economías en la administración, mediante la recentralización de las actividades administrativas y la introducción de técnicas de ordenación y análisis de datos.

3. Encomendar al Director que prosiga aplicando el programa de racionalización y que informe a futuras reuniones de los Cuerpos Directivos acerca de los progresos logrados a este respecto.

El PRESIDENTE anuncia que el proyecto de resolución presentado por el Representante de Jamaica será sometido al Consejo en la undécima sesión plenaria.<sup>13</sup>

El Sr. BYRNES (Estados Unidos de América) manifiesta que el lograr una buena administración supone la adopción de medidas que no siempre reciben buena acogida, y añade que su Delegación se une a los elogios que el Representante de Jamaica ha dedicado al Director y sus colaboradores por el éxito alcanzado en este respecto, alentándolos a que prosigan estos esfuerzos en el futuro.

El Dr. FERREIRA (Brasil) manifiesta su total adhesión al proyecto de resolución presentado por el Representante de Jamaica, y considera que las reducciones de personal mediante la aplicación del sistema de racionalización administrativa constituyen también un ejemplo para los diversos países, máxime cuando la Oficina muestra cómo

<sup>13</sup> Véase pág. 150.

puede llegar a estos resultados sin perjuicio para su eficiente funcionamiento.

**Tema 23: Terceras Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial**

El Dr. CUTLER (Director Adjunto, OSP) dice que después de la excelente y detallada exposición del Dr. Carlos Sanz de Santamaría en la sesión anterior, no le queda más que presentar un breve informe resumiendo el Documento CD16/10,<sup>14</sup> sobre las Terceras Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial (Lima, Perú, 30 de noviembre-11 de diciembre de 1964). El Comité Ejecutivo tomó nota<sup>15</sup> con satisfacción e interés del informe presentado por el Director (Documento CE52/2, Rev. 1)<sup>16</sup> sobre dichas reuniones y encomendó que el informe se transmitiera al Consejo Directivo. Añade que el Director desea llamar la atención sobre el importante cambio de procedimientos para el examen anual de la marcha de la Alianza para el Progreso que ha ocasionado el establecimiento del Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP). Este Comité se ha hecho cargo de gran parte de las actividades que anteriormente correspondían a las Comisiones Especiales, una de las cuales se ocupaba de los asuntos de salud.

Sigue diciendo el orador que cuando, en 1964, el CIAP inició el procedimiento de llevar a cabo estudios por países, se concedió importancia especial a los aspectos financieros. Los estudios del presente año han comprendido un análisis de las inversiones nacionales e internacionales en el sector social, del que forma parte la salud.

En la preparación para estas confrontaciones nacionales, las Oficinas de Zona de la OPS y los Representantes en los Países, bajo la dirección de la Sede de Washington, han colaborado con los Ministerios de Salud en la interpretación de los procedimientos del CIAP. A nivel nacional, estas actividades contribuyen a fomentar una apreciación más clara de las necesidades del sector salud en las oficinas centrales de planificación del desarrollo económico, encargadas de preparar los planes nacionales que han de presentarse al CIAP.

Como ya señaló el Dr. Sanz de Santamaría, la presencia de un representante de la OPS en el

subcomité del CIAP que realiza los estudios por países contribuye a llamar la atención de los organismos internacionales de crédito sobre el papel que desempeña la salud en el desarrollo nacional.

En el caso de los países que el CIAP ha estudiado hasta la fecha, se han señalado a la atención del Comité uno o dos aspectos de salud que encierran particular importancia para el desarrollo nacional y requieren considerables inversiones internacionales.

Hasta el momento han participado en los estudios del CIAP Representantes de los Gobiernos de la Argentina, Bolivia, Haití, Panamá y Venezuela. Dichos estudios, que continuarán hasta noviembre de 1965, han resultado ser un excelente medio para que los diversos organismos que colaboran con los países a fin de lograr un desarrollo económico y social bien equilibrado, puedan intercambiar ideas con ellos.

El Sr. PHILIPPEAUX (Haití) se refiere a la exposición del Dr. Sanz de Santamaría y al debate que se promovió sobre el lugar que corresponde a la salud en el desarrollo económico y social. Señala a este respecto que varios Representantes expresaron la opinión de que la salud no recibe la merecida atención en los programas de desarrollo económico. A juicio del orador se trata de un hecho real, de un prejuicio que debe ser vencido.

Se muestra satisfecho de que la Organización Panamericana de la Salud y el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso traten de abrir el camino para llegar a un entendimiento que permitirá satisfacer la necesidad de técnicos y especialistas de salud y, que, al mismo tiempo, inducirá a los economistas y planificadores a hacer ciertas concesiones.

A continuación da lectura al siguiente proyecto de resolución, que responde a las observaciones formuladas y a la preocupación manifestada por varios Representantes:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre las Terceras Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social (CIES) al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial, transmitido por el Comité Ejecutivo (Documento CE52/2, Rev. 1); y

Teniendo en cuenta lo dispuesto en las recomendaciones aprobadas en dichas Reuniones, especialmente las relacionadas con la salud en las Américas,

RESUELVE:

1. Tomar nota con gran satisfacción e interés del informe presentado por el Director sobre las Terceras

<sup>14</sup> Véase Anexo 12, págs. 439-443.

<sup>15</sup> Resolución XII. Documento Oficial de la OPS 62, 13-14.

<sup>16</sup> Véase pág. 439.

Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial, celebradas en Lima, Perú, del 30 de noviembre al 11 de diciembre de 1964 (Documento CE52/2, Rev. 1).

2. Expresar su satisfacción por el interés que las Terceras Reuniones Anuales del CIES demostraron en la salud de las Américas y, en especial, por las recomendaciones aprobadas al Nivel de Expertos sobre fiebre aftosa, abastecimiento rural y urbano de agua potable, así como la inclusión de propuestas de inversiones en salud, en las solicitudes para obtener financiamiento internacional en relación con programas de colonización, vialidad, urbanización, etc.

3. Encomendar al Director de la Oficina que continúe desarrollando y fortaleciendo las relaciones entre la Organización, el CIES, y el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP), con el objeto de lograr la integración de las actividades de salud en los programas de desarrollo económico y social.

4. Encarecer a los Gobiernos de la Organización que incluyan representantes de los Ministerios de Salud en sus delegaciones a las Reuniones Anuales del CIES, y que procuren asimismo incluir en el programa de dichas Reuniones temas específicos relacionados con la participación del sector salud en el proceso dinámico del desarrollo de los pueblos de las Américas.

El Dr. FERREIRA (Brasil) se siente complacido con las últimas manifestaciones del Representante de Haití, y señala que el entusiasmo con que el Dr. Philippeaux afirmó, en la primera parte de la sesión, que los programas de salud de Haití se llevarían a cabo sin la ayuda exterior, le había causado cierta preocupación. Expresa asimismo su satisfacción por los propósitos contenidos en el proyecto de resolución en el sentido de aunar los recursos nacionales e internacionales en beneficio de las poblaciones del Hemisferio.

El Sr. PHILIPPEAUX (Haití) aclara que no ha manifestado que Haití no necesita ayuda exterior para su programa de salud, sino que lo está llevando a cabo sin otra colaboración que la que le proporciona la OSP, en forma de servicios técnicos o recursos materiales.

El PRESIDENTE anuncia que el proyecto de resolución presentado por el Representante de Haití se distribuirá para someterlo a votación en la próxima sesión.<sup>17</sup>

*Se levanta la sesión a las 6:40 p.m.*

<sup>17</sup> Véase undécima sesión plenaria, pág. 150.

## UNDECIMA SESION PLENARIA

*Martes, 5 de octubre de 1965, a las 9:15 a.m.*

*Presidente:* Dr. RODERICK ESQUIVEL (Panamá)

### **Tema 24: Resoluciones del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional (continuación)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación de la Argentina sobre Inspección de la calidad de las preparaciones farmacéuticas*

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y anuncia que va a ser sometido a votación el proyecto de resolución presentado por la Delegación de la Argentina en la octava sesión plenaria<sup>1</sup> sobre el tema de las preparaciones farmacéuticas, cuyo texto ha sido distribuido a los Representantes.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América)

expresa su reconocimiento al Consejo Directivo por aceptar su petición de aplazar la votación sobre el proyecto de resolución que están considerando, a fin de que su Delegación pudiera estudiarlo. Después de agradecer a la Delegación de Argentina su gentileza a este respecto, declara que la resolución propuesta es muy satisfactoria y que tendrá sumo agrado en votar por ella exactamente como está redactada.

El Dr. SCORZELLI (Brasil) hace constar que la Delegación de su país es partidaria de la aprobación del proyecto de resolución presentado, pero introduciendo en el mismo determinadas modificaciones por los motivos que va a exponer.

A su juicio, la economía de los países tal vez

<sup>1</sup> Véase pág. 111.

tenga su expresión más perfecta en la industria farmacéutica, donde se han logrado importantes progresos, gracias a investigaciones y descubrimientos realizados, y nuevos productos, métodos y medios surgen a cada momento. Agrega que el interés de dicha industria por el control de la calidad de sus productos es evidente, a fin de lograr la aceptación en el mercado de consumo. Subraya que dicho control ha de abarcar desde la materia prima hasta el producto terminado, e incluso a su almacenamiento. Así, pues, la industria farmacéutica lleva a cabo—por propio interés—una serie de verificaciones y pruebas concienzudas, cuya duplicación ha de evitarse. Estima que, por lo tanto, los servicios oficiales deben limitarse a comprobar, mediante expertos serios y competentes en el orden técnico, que el referido control se aplica con arreglo a las normas establecidas. Algunos medicamentos son duraderos y otros tienen una duración limitada, en la que suelen influir las variaciones normales del ambiente. Por lo tanto en la gran industria farmacéutica se plantea también el problema de la distribución de esos productos y de las alteraciones que pueden sufrir en su transporte.

Cree que si, entre tanto, se efectuaran investigaciones que determinaran la influencia de las condiciones del medio en la estabilidad de los productos farmacéuticos, indicando en forma explícita e impresa las normas relativas al plazo de su actividad, se facilitarían la fiscalización y se reduciría el volumen de trabajo de los laboratorios de control.

En cuanto a las empresas pequeñas, las dificultades de mantener laboratorios de control son mucho mayores. Incluso es difícil que se asocien entre sí para compartir los servicios de un laboratorio común. Por consiguiente, corresponde a los Gobiernos prestar a dichas empresas los medios de control necesarios, pero con espíritu de colaboración a la vez que de fiscalización. Opina que dicha fiscalización sería más perfecta, en general, si se eliminaran los productos de eficacia ilusoria o de efectividad prescrita. A este respecto, en el Brasil se siguen los consejos y recomendaciones de comisiones técnicas compuestas por biólogos, farmacólogos, clínicos y químicos. Tal fiscalización se simplificaría, además, si en los productos se indicara siempre, en forma impresa, la fecha del término de su validez.

Por otro lado, en el problema del control de calidad de los medicamentos, cabe destacar la importancia de la formación y actualización del personal en cuanto a las técnicas que hayan de aplicarse, así

como al establecimiento de normas de inspección. La prestación de ayuda a los países para que establezcan laboratorios de esta clase, según sus necesidades y posibilidades es, indiscutiblemente, esencial. Una vez instalados los laboratorios, será posible concertar acuerdos mutuos en virtud de los cuales los países se ayuden recíprocamente.

A juicio del Dr. Scorzelli, la iniciativa del laboratorio de referencia es excelente. Señala que las funciones más importantes que le correspondería desarrollar a un laboratorio de este tipo serían las siguientes: formación y actualización de técnicos; formulación de normas mínimas a observar en las inspecciones; prestación de ayuda técnica para la instalación de laboratorios por los países interesados, además de las investigaciones ya indicadas. Termina diciendo que la Delegación del Brasil apoyará favorablemente el proyecto de resolución relativo a laboratorios internacionales de referencia si a dicho proyecto se añade un párrafo en el cual se especifique el cometido que les incumba y que, a su entender, es el que acaba de detallar.

El Dr. OÑATIVIA (Argentina) califica de atinadas las observaciones formuladas por el Representante del Brasil, pero entiende que el párrafo de la parte dispositiva del proyecto de resolución se basa en el informe presentado al Consejo sobre la necesidad de instalar laboratorios de referencia y señala que en el texto de dicho informe quedan ampliamente definidas la organización y las funciones básicas de esa clase de laboratorios, las cuales comprenden, precisamente, los fines que el Representante del Brasil acaba de enumerar.

El PRESIDENTE aclara que, en definitiva, la Representación del Brasil desea que se especifique o se defina con mayor amplitud lo que es un laboratorio de referencia. Coincide con el Representante de Argentina en afirmar que el proyecto de resolución ha tenido en consideración que la Oficina Sanitaria Panamericana había ya definido lo que es un laboratorio de tales características, y estima que en dicha definición quedan comprendidas las funciones cuyo desempeño recomienda el Representante del Brasil. Por ello, y considerando que las observaciones del Dr. Scorzelli son muy acertadas, aunque no hayan de ser necesariamente incluidas en el texto del proyecto de resolución, somete a votación el mencionado proyecto.

*Decisión:* Por unanimidad queda aprobado el proyecto de resolución.<sup>2</sup>

**Tema 15: Informe sobre la racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana (conclusión)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Jamaica*

El Dr. QUIRÓS (Perú) anuncia que la Delegación de su país votará en contra del proyecto de resolución presentado en la décima sesión plenaria,<sup>3</sup> por no haber quedado satisfecho con las explicaciones ofrecidas al respecto, si bien ha sido entusiasta partidario del proceso de racionalización administrativa. Considera que el Informe del Auditor Externo adolece de cierta vaguedad, ya que no ha precisado lo que esta medida significa en el orden económico, y si perjudica o no a los programas de campo.

El PRESIDENTE somete a votación el proyecto de resolución.

*Decisión:* Por 21 votos a favor, 1 en contra y ninguna abstención, queda aprobado el proyecto de resolución presentado.<sup>4</sup>

**Apoyo técnico y financiero al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) (conclusión)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación del Perú*

El PRESIDENTE manifiesta que de acuerdo con la discusión celebrada durante la quinta sesión plenaria, se somete a votación el siguiente proyecto de resolución presentado por la Delegación del Perú:<sup>5</sup>

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que los países de Centro América y Panamá han contribuido por intermedio del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) a solucionar el importante problema de la desnutrición en las Américas, dando un ejemplo de lo que es la planificación internacional,

<sup>2</sup> Resolución XII. *Documento Oficial de la OPS 66*, 17-18.

<sup>3</sup> Véase pág. 146.

<sup>4</sup> Resolución XIII. *Documento Oficial de la OPS 66*, 18-19.

<sup>5</sup> Véase pág. 68-70.

RESUELVE:

1. Felicitar y agradecer a los países de Centro América y Panamá por su muy valiosa cooperación en la solución del problema de la desnutrición no solamente en los países que conforman dicho Instituto, sino en los demás países de las Américas y del mundo.

2. Recomendar al Director de la OPS que continúe dando todo el apoyo técnico y financiero posible a esta institución.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado.<sup>6</sup>

**Tema 23: Terceras Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial (conclusión)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Haití*

El PRESIDENTE somete a votación el proyecto de resolución presentado por la Delegación de Haití en la décima sesión plenaria.<sup>7</sup>

*Decisión:* Por 21 votos a favor, ninguno en contra y 2 abstenciones, se aprueba el proyecto de resolución presentado.<sup>8</sup>

**Tema 22: La política y el programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud**

El Dr. ALLEN (Jefe, Oficina de Coordinación de Investigaciones, OSP), señala que los documentos correspondientes a este tema del programa son: el Informe Anual del Director, *Documento Oficial 63*, en su Capítulo V, y el Documento CD16/20,<sup>9</sup> que comprende una relación resumida de la marcha de los trabajos desde la XV Reunión, el informe de la Cuarta Reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas, celebrada del 14 al 18 de junio de 1965 (CD16/20, Anexo 1)<sup>10</sup> y el programa actual de investigaciones cooperativas de la OPS (CD16/20, Anexo 2).<sup>11</sup> Informa que en dicho Anexo 2 se presenta una lista de 22 organizaciones privadas y gubernamentales que han con-

<sup>6</sup> Resolución XIV. *Documento Oficial de la OPS 66*, 19-20.

<sup>7</sup> Véase pág. 147.

<sup>8</sup> Resolución XV. *Documento Oficial de la OPS 66*, 20-21.

<sup>9</sup> Véase Anexo 7, págs. 402-406.

<sup>10</sup> Documento RES4/13 (mimeografiado).

<sup>11</sup> Documento mimeografiado.

cedido 55 subvenciones, en operación este año, lo cual representa una inversión de EUA\$2.769.213. La cantidad solicitada para completar en el futuro los proyectos que no se terminan este año es de EUA\$7.915.005. Actualmente las solicitudes de subvenciones en consideración alcanzan un total de EUA\$1.146.249. Estas cifras no comprenden las sumas del presupuesto ordinario de la OPS para sostener el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, el Centro Panamericano de Zoonosis, el INCAP y las investigaciones sobre malaria, ni la asignada a la Oficina de Coordinación de Investigaciones de la OSP.

Indica el orador que el personal de esa Oficina está encargado de planificar y coordinar el programa de investigaciones y funciona como secretaria del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas (CAIM), del Director y de los departamentos técnicos. Tiene un presupuesto de unos EUA\$200.000 anuales, el cual se estableció en 1962 con una subvención de los Institutos Nacionales de Higiene (EUA) y con otra subvención suplementaria en 1963. En 1964 la OPS absorbió esos gastos en su presupuesto ordinario, con el que se cubren los sueldos de tres funcionarios de categoría profesional, se financian las reuniones del CAIM y se pagan los sueldos de consultores expertos.

A continuación el Dr. Allen se refiere a los asuntos fundamentales de investigación conforme los consideró el Comité Asesor en su Cuarta Reunión, los cuales se enumeran en el mencionado informe del Comité. El documento contiene los temas principales del programa de dicha reunión, inclusive un análisis del estado actual de las actividades de investigación, los nuevos proyectos y las propuestas de programas. Señala a la atención del Consejo el hecho de que el Comité Asesor se beneficia periódicamente con los servicios de nuevo personal. Como ejemplo de ello, cita la participación, en reuniones anteriores, del Dr. Roberto Caldeyro-Barcia, un distinguido fisiólogo y tocólogo de Montevideo, Uruguay, y, en la reunión de este año, del Dr. Alberto Hurtado, de Lima, Perú, figura de renombre mundial en el campo de la fisiología. También menciona la colaboración del Dr. John C. Waterlow, distinguido investigador en el campo de la nutrición y el metabolismo en los trópicos, que ha establecido una relación activa muy estrecha entre la OPS y el Comité Asesor Permanente de Investigaciones Médicas de las Antillas Británicas. Añade el orador que el Dr. Horwitz

tiene grandes deseos de que este grupo, formado por hombres de ciencia, educadores y especialistas en salud pública de renombre internacional, continúe prestando sus servicios y reflejando cada vez más el interés de la Oficina. Agrega que todas las personas que prestan sus servicios en la Secretaría de la OSP se sienten profundamente agradecidas al CAIM, y expresa la esperanza de que este sentimiento lo comparta el Consejo Directivo y lo manifieste así en la resolución que tenga a bien adoptar sobre este tema. Se considera que la política y el programa de investigaciones de la OPS, conforme han sido aprobados en reuniones sucesivas del Consejo, están desarrollándose conforme a los planes previstos, dando importancia creciente a los campos de la ingeniería biosocial y biosanitaria, sin descuidar los estudios biomédicos en las enfermedades transmisibles y los problemas de los factores psicobiológicos determinantes de la conducta humana.

Señala que se está preparando una propuesta de importantes programas para los Centros Regionales —para llevarse a cabo a plazo largo, que se mediría en decenios— que comprenderían actividades docentes y cursos sobre investigación. Cada vez se presta mayor atención a los problemas de política y estructura nacionales para apoyar los estudios y el adiestramiento en los campos de la ingeniería biomédica, biosocial y biosanitaria. Como complemento a la política propuesta de apoyar el desarrollo de recursos institucionales para la enseñanza y la investigación, se encuentra la recomendación de establecer una Biblioteca Regional de Medicina para América Latina para fines de bibliografía y consulta, el desarrollo de investigaciones y adiestramiento en biblioteconomía y en las ciencias de la comunicación.

Aunque la América Latina está al día en cuanto a la tecnología y la ciencia médica internacional, es necesario robustecer sus recursos para que tenga una actividad sostenida por sí misma. Los Ministerios de Salud y las universidades son los principalmente encargados de reunir los recursos locales para aprovechar la ayuda cooperativa internacional que pueda obtenerse, en tanto que la OPS se esfuerza por concretar esa ayuda en apoyo de los programas de salud de los Gobiernos.

El Dr. Allen expresa que desea exponer algunos comentarios más, que resumen su opinión personal acerca de la dirección que sigue la política de la OPS bajo la guía del Consejo Directivo, por

ejemplo, en lo que respecta a los principales puntos de ataque y al vigor que adquiere esa política. Subraya que en cuanto a la exposición del Dr. Sanz de Santamaría en la novena sesión plenaria,<sup>12</sup> opina que las normas y los programas de la OSP, Oficina Regional de la OMS para las Américas, se elaboran para hacer frente a los grandes problemas de poblaciones en rápido crecimiento y con insuficientes recursos para atender a su salud.

Simultáneamente, otras instituciones del Sistema Interamericano, tales como la Organización de los Estados Americanos, el Consejo Interamericano Económico y Social, el Banco Interamericano de Desarrollo y otras, bajo la dirección del Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso, destacan el progreso social y el desarrollo de los recursos humanos en lo que se refiere a salud, educación y bienestar. Esos organismos están creando una estructura flexible, de amplia orientación y recursos, dentro de las cuales las Américas pueden modelar planes realistas de desarrollo nacional, en armonía con las necesidades de los países y la Región, así como con sus recursos y posibilidades.

Agrega el orador que las necesidades parecen abrumadoras, pero que, sin embargo, la paciente labor del desarrollo planificado en las Américas se está levantando sobre sólidos pilares de fuerza, como son los siguientes:

1) Estudios de las necesidades y demandas de personal especializado de salud de todas las categorías, inclusive el auxiliar y el paramédico. Esos estudios se llevan a cabo en el amplio contexto de la eficiencia y del grado que alcanzan los servicios ya existentes de las instituciones sanitarias, así como del desarrollo socioeconómico, a fin de satisfacer las exigencias técnicas crecientes y en constante cambio a causa del rápido aumento de las poblaciones.

2) Promoción de la necesidad de disponer de estadísticas más completas sobre las condiciones de salud, y de adiestrar gran cantidad de trabajadores de salud que sean capaces de acumular y cotejar datos precisos sobre la salud para fines de planificación y programación.

3) Agrupación de todos los organismos públicos y privados que prestan servicios de salud, a fin de coordinar y resolver las necesidades y demandas de salud que no han sido satisfechas, inclusive la asignación de fondos de los Ministerios de Salud

para la investigación y el adiestramiento en problemas relacionados con la salud pública.

4) La rápida aceleración del desarrollo de recursos institucionales para educación, adiestramiento e investigaciones, con objeto de resolver problemas de salud y de satisfacer la enorme necesidad en el orden nacional y en el regional de profesores e investigadores. Se están organizando centros regionales para desarrollar esos programas en diversos campos, inclusive la dinámica de la población. Asimismo se está elaborando un programa de modernización de bibliotecas, que comprende: a) un centro—en colaboración con la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América—para el intercambio de información científica y de salud contemporánea, el adiestramiento en biblioteconomía, en ciencias y tecnología de la comunicación, y la investigación en estas materias, y b) una ingeniosa propuesta para la creación de un banco de libros a fin de proporcionar a los estudiantes libros de texto modernos en español.

5) El pilar más antiguo de todos lo constituyen los programas para el control y la erradicación de enfermedades transmisibles, empleando sistemas de organización tanto verticales como horizontales, que han demostrado su eficacia, por ejemplo, contra el sarampión, la malaria y la fiebre aftosa, así como para la prevención de la malnutrición y de la desnutrición, especialmente en niños de todas las edades.

6) Finalmente, debe mencionarse un programa para el adelanto de la ciencia biomédica y de la ciencia en general, hasta ahora descuidado, no obstante ser un importante componente de la cultura nacional y regional en la América Latina. El Dr. Allen termina su exposición señalando que por estos medios la Organización se propone crear un clima de actitudes y opiniones favorables al apoyo de la ciencia en el orden nacional y al empleo de métodos científicos para la solución de problemas de salud y bienestar en beneficio de los pueblos de las Américas.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) declara que el Gobierno de los Estados Unidos de América ha estado sumamente interesado en el programa de investigaciones médicas que lleva a cabo la Organización Panamericana de la Salud desde que el mismo comenzó. Por tanto, es grato y satisfactorio advertir la forma muy sensata y adecuada en que continúa desarrollándose. Añade

<sup>12</sup> Véase págs. 124-126.

que está particularmente interesado en dicho programa porque, como Jefe de la Oficina de Investigaciones Internacionales de los Institutos Nacionales de Higiene (EUA) sus responsabilidades se relacionan directamente con las actividades que realiza la Organización en cuanto a esta materia. Agrega que tuvo la oportunidad de asistir a una o dos de las reuniones del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas convocado por el Dr. Horwitz, y que se reúne habitualmente una vez al año en Washington. Sin duda, dice, es un grupo muy destacado en el campo de las ciencias médicas de todo el Continente, siendo sus deliberaciones sumamente interesantes y alentadoras. En su opinión, el asesoramiento de ese Comité es de gran valor para el Director y para el Dr. Allen en lo que respecta al desarrollo del programa de investigaciones de la Organización.

Es de esperar, continúa, que este programa continuará desarrollándose en una forma tan satisfactoria como en el pasado. Por todo lo expuesto, la Delegación de los Estados Unidos de América desea proponer una resolución sobre este tema, cuyo texto será traducido al español y distribuido a su debido tiempo para someterlo a la consideración del Consejo Directivo.

El PRESIDENTE anuncia que el proyecto de resolución presentado por el Representante de los Estados Unidos de América, será traducido al español y distribuido para ser sometido posteriormente a la consideración del Consejo.

El Dr. VALDIVIESO (Chile) manifiesta que el documento presentado sobre la política y el programa de investigaciones de la OPS es digno de los mayores elogios. Señala que entre las innovaciones introducidas durante el mandato del Dr. Horwitz figuran iniciativas de esta clase que merecen ser destacadas en todos sus aspectos. Agrega que los proyectos de investigación científica deben recibir apoyo y ser objeto de un desarrollo lógico en el futuro. A su juicio, el presupuesto de investigaciones a que se refiere el documento representa una cantidad insuficiente y sería de desear un mejor financiamiento en el futuro.

Entre las investigaciones que interesan particularmente a su país menciona las relacionadas con la nutrición, el alcoholismo, la salud mental, el diagnóstico precoz del cáncer y, en general, con todos los factores ambientales que tienen relación con el bienestar de las poblaciones.

Señala que su formación universitaria le induce a pensar que, así como las universidades no pueden limitarse a producir profesionales, las escuelas de medicina tampoco tienen como único destino la formación de médicos, ni las organizaciones de salud han de preocuparse exclusivamente de problemas asistenciales; ambos aspectos deben seguir, juntos, la ruta de la investigación. Declara que, a su juicio, los proyectos de investigación debieran realizarse en colaboración muy estrecha con las universidades, pues en estas y en sus hospitales, muchos de los cuales funcionan con los servicios de salud en los que se realiza la enseñanza médica, se pueden llevar adelante con mayores posibilidades de éxito las actividades relacionadas con la investigación.

El Dr. FERREIRA (Brasil), en nombre de la Delegación de su país, se une a las expresiones de felicitación al Director y al Dr. Allen por el informe presentado, que califica de excelente, y pone de relieve la variedad de aspectos tratados por el Comité Asesor. Se muestra de acuerdo con la afirmación del Representante de Chile, según la cual este es el camino normal para que las universidades se incorporen a las investigaciones sobre salud pública. Afirma que el Departamento a su cargo en el Ministerio de Salud de su país cuenta con un organismo denominado Instituto Nacional de Endemias Rurales, que no sólo se dedica a fomentar sus propias investigaciones, sino también a apoyar las que realizan las universidades e instituciones de investigación del Brasil. Declara que, a su entender, la Organización Panamericana de la Salud, que tan activamente participa en las campañas de salud en los diversos países, no podía dejar de poseer un organismo de investigaciones.

Informa que en el Estado de Bahía la Constitución establece que el ½% de los ingresos del Estado se dedique a las investigaciones científicas, y agrega que en el país se está realizando un esfuerzo para financiar debidamente la actividad del Consejo Nacional de Investigaciones, por considerar que la posibilidad de mejorar los servicios de medicina curativa y preventiva estriba en las propias investigaciones médicas. Por consiguiente, estima que la Organización debe prestar especial atención a esta clase de trabajos, a fin de que los países puedan acudir a ella solicitando tanto su apoyo para la ejecución de sus actividades en salud como en materia de investigación.



El Dr. QUIRÓS (Perú) considera de fundamental importancia el tema, y recuerda que ya en otras ocasiones su país planteó la necesidad de crear comisiones nacionales de investigaciones científicas y técnicas, como las que existen en la Argentina y Venezuela. Señala que en el Perú se estableció una comisión encargada de presentar un proyecto de ley para formar la Comisión Nacional de Investigaciones. Indica que, desgraciadamente, este propósito se malogró, y al enterarse de ello, la OEA ofreció su colaboración técnica, que consistiría en los servicios de un consultor a corto plazo o en el otorgamiento de una subvención de viaje para que el técnico que se designara observase el funcionamiento de dichas comisiones en otros países y esbozara lo que podría ser un proyecto de ley que estableciera dicha Comisión Nacional.

El Dr. Quirós manifiesta que no conoce el texto del proyecto de resolución presentado por el Dr. Williams, pero estima que la Organización podría prestar asesoramiento técnico en este campo en la forma en que el Perú considera más útil, es decir, mediante un consultor a corto plazo que colabore con los países en el establecimiento de la referida comisión nacional.

El Dr. OÑATIVIA (Argentina) manifiesta que la Delegación de su país apoya decididamente la política de investigaciones de la OPS, y expresa su satisfacción por la amplitud y profundidad con que el tema ha sido desarrollado en el informe presentado por el Dr. Allen. Declara que, aquellos a quienes incumbe la responsabilidad de la política de salud en los respectivos países, comprenden en toda su magnitud la importancia fundamental que tiene la ejecución de las investigaciones aplicadas en el campo de la salud pública para el sostenimiento de las actividades de salud que figuran en los diversos programas actualmente a cargo de los distintos ministerios.

Subraya que el tema que se debate constituye un ejemplo más de la beneficiosa influencia que ejerce la política de la Organización Panamericana de la Salud en materia de investigaciones científicas, así como en otros aspectos, en el sector de salud pública. Apunta que una de las características y fines fundamentales de la política que realiza la Oficina en el Continente consiste en crear una conciencia en el sanitarismo de América para que, de una vez y para siempre, se comprenda la trascendencia que reviste lograr la integración definitiva de los problemas de salud en los programas gene-

rales de desarrollo. Añade que es también de capital importancia la política encaminada a transformar el concepto que ha venido predominando en la formación y adiestramiento de médicos, de carácter puramente asistencial o curativo de la medicina, y que ahora tiende a cubrir las demás facetas con un sentido integral de las cuestiones asistenciales, preventivas y sociales, lo que servirá para atender mejor la salud del hombre de América.

Hace constar que la importancia fundamental de este informe estriba en que, mediante esta política, se ha de ir creando en las universidades latinoamericanas la conciencia de que dichos centros de enseñanza no sólo deben limitarse a realizar investigaciones básicas en el campo biológico, sino que también han de aprovechar la posibilidad de actuar como centros de investigación en el ámbito de las actividades científicas aplicadas a la salud pública. Agrega que este ha de ser uno de los resultados más positivos de la política que actualmente sigue al respecto la Organización. Recuerda que la Delegación de Argentina presentó en la XV Reunión del Consejo Directivo, celebrado en México, una resolución<sup>18</sup> encaminada a que los Gobiernos trataran de remediar las deficiencias existentes en las investigaciones de salud pública.

Subraya que la creación de fondos nacionales destinados a apoyar dichas investigaciones es de importancia capital para recuperar el tiempo perdido y, además, para modernizar los programas correspondientes a tal materia. El Dr. Oñativia considera que si se estimulan las investigaciones aplicadas en las que se toma a la comunidad como laboratorio específico y en donde se abarcan, en toda su amplitud, el problema epidemiológico y los problemas sanitarios de la Región, se resolverán en gran parte aquellas deficiencias graves con que los países latinoamericanos tropiezan en la actualidad en el campo de la salud.

Termina diciendo que la Delegación de Argentina se reserva hacer una lectura y un estudio minucioso del proyecto de resolución que habrá de presentar la Delegación de los Estados Unidos de América, bien para apoyarlo o para formular algunas enmiendas, de acuerdo con los conceptos generales que ha expuesto.

<sup>18</sup> Resolución XXXI. *Documentos Oficiales de la OPS* 58, 34-35, y 60, 158 y 184.

El Sr. CASTELLS (Uruguay) anuncia que el Gobierno de su país tiene especial interés en que se cree un Centro Regional Piloto de Bibliotecas de Medicina, para el cual ofrece como sede la Facultad de Medicina de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, en Montevideo. Señala que con motivo de la visita a su país efectuada el 27 de abril de 1965, por los Dres. Mortimer Taube y David Kronick, consultores de la OSP/OMS, se estudió un proyecto de instalación de dicho centro piloto para América del Sur, patrocinado por la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, a base de una biblioteca médica ya instalada en un país sudamericano. El 29 de abril de 1965 la Comisión de Bibliotecas del Uruguay envió los informes correspondientes a esta propuesta al Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, organismo que recibió con beneplácito e interés dicho proyecto.

Señala el Sr. Castells que, en el caso en que el Uruguay fuera elegido como sede regional de ese Centro Piloto, se estudiaría la posibilidad de construir, en primer término, la biblioteca, e instalar un sistema de residencia para becarios bibliotécnicos, que recibirían adiestramiento en el Centro Regional. La Universidad de la República Oriental del Uruguay, en resolución del 6 de septiembre, decidió "hacer suya la proposición de la Facultad de Medicina solicitando el establecimiento, en la biblioteca de dicha dependencia de la Universidad de la República, del Centro Regional Piloto de Bibliotecas de Medicina para América del Sur; realizar las gestiones que correspondan ante el Poder Ejecutivo, por intermedio de los Ministerios de Instrucción Pública y Previsión Social y de Salud Pública, y dirigirse en el mismo sentido a los organismos internacionales que han de adoptar la decisión, Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, y Oficina Sanitaria Panamericana, directamente y a través de su Representante en nuestro país".

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) destaca la importancia del documento sometido a la consideración del Consejo y el aprecio que merecen los esfuerzos realizados por la Oficina en muy diversos aspectos del campo de la investigación. Opina que el informe revela la preocupación por la investigación epidemiológica general, tan necesaria para la determinación de los problemas que afectan a cada país. Añade que, en Venezuela, el propio Ministerio de Sanidad y Asistencia Social está muy interesado

en adelantar o ampliar las investigaciones relativas a la encefalitis equina venezolana y a la enfermedad de Chagas. Cree que tal vez conviniera ampliar los trabajos de investigación de nuevas fuentes de nutrientes en cada país, a fin de encontrar sustancias nutritivas que contribuyan a mejorar las dietas locales sin necesidad de alterar demasiado los hábitos alimenticios tradicionales. Afirma que, en el proceso de crecimiento de las poblaciones y de ruralización de las ciudades, se trasladan los problemas del medio rural a la ciudad. Por lo tanto, todo el campo de la higiene mental adquiere singular importancia; lo mismo ocurre en lo relativo al proceso de industrialización, con su adaptación a nuevos sistemas de trabajo, concentración de nuevas materias, y adaptación a nuevas formas de vida.

El Dr. Castillo Rey considera que la investigación no debe ceñirse a lo que pudiera tildarse de estrictamente científico. Estima conveniente la realización de investigaciones en campos que atañen a la administración de salud en sí, y cree que quizá resultara importante desarrollar programas encaminados a determinar formas prácticas y sencillas de ampliar la capacidad de atención de los servicios de salud pública, a fin de mejorar su eficacia y ampliar su radio de acción. Agrega que en estos aspectos del desarrollo y organización de la comunidad también es conveniente interesarse a esta en el conocimiento de sus propios problemas y en la forma en que puede contribuir activamente a su solución.

La Delegación de Venezuela está de acuerdo con lo expuesto por el Representante de Chile en el sentido de que, en general, la investigación debiera estar asociada con las universidades nacionales, por representar tal colaboración un buen medio de reforzar los recursos y ampliar la capacidad de trabajo. Tal como lo hizo en la XIV Reunión del Consejo Directivo, en 1963, insiste en que es necesario proceder a un intercambio de información que evite la duplicación de investigaciones o que sirva para coordinarlas, ya que los países latinoamericanos no disponen de cuantiosos fondos para la labor investigadora.

El Dr. CALVO (Panamá) se suma a las felicitaciones por la magnífica labor realizada por la Organización en materia de investigaciones. Señala que en los pequeños países latinoamericanos, en particular los del Caribe, los recursos son tan escasos que resulta casi imposible llevar a cabo

actividades fundamentales en un campo tan importante de la ciencia sanitaria como lo es el de las investigaciones. Subraya que, únicamente si se aúnan los recursos y se integran los esfuerzos, encauzados a través de la OSP, se podrá llevar a cabo una serie de investigaciones que son de urgencia en las Américas. Menciona, como ejemplo de lo que puede lograrse, al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), en el cual seis países pequeños aunaron sus actividades por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana, llevando a cabo una inmensa labor investigadora en materia de nutrición.

El Dr. Calvo destaca la importancia de utilizar las comunidades latinoamericanas, con sus grandes recursos demográficos, como objeto de investigación, aplicando los medios y las facilidades existentes en las grandes instituciones estadounidenses de investigación. Se refiere precisamente a las actividades del Centro de Enfermedades Transmisibles de Atlanta, Georgia, donde se realizan investigaciones de campo que, a veces, se desarrollan fuera del Continente. Se pregunta si no podría conseguirse, por medio de la Oficina, que dichas investigaciones se efectuaran en comunidades de América Latina, como ocurrió recientemente en Panamá, en donde gracias a un pequeño esfuerzo, realizado en colaboración con el INCAP, fue posible llevar a cabo una investigación ya efectuada, posiblemente, en Africa y en Chile, y la vacunación contra el sarampión realizada con simultaneidad a la antivariólica, al objeto de hallar métodos, sistemas o técnicas que hagan más fácil la aplicación de estos medios nuevos de protección en la comunidad. Declara que, si en vez de realizar estas investigaciones en otros continentes, se efectuaran en gran escala en las Américas, la población de estos países se beneficiaría también, porque tal actividad estimula y educa al mismo tiempo.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) estima que la discusión respecto a este problema sea tal vez la mejor confirmación de aquello que se ha venido repitiendo, en el sentido de que las opiniones del Consejo son las que nos sirven de guía para moldear la conducta de la OPS entre las sesiones. En este campo particular de la investigación científica, manifiesta que los que como él han tenido el placer de seguir la marcha de esta Organización desde hace más de 10 años, tienen que convenir en que la firmeza de las opiniones de hoy revelan evidentemente un enorme progreso en el Continente, progreso que se

puede confirmar desde distintos puntos de vista. Se refiere al documento titulado, *Política de la investigación científica en la América Latina—Fundamentos, estructuras y procedimientos*,<sup>14</sup> que ha sido distribuido a los Representantes, y señala que el mismo es producto del trabajo de un grupo especial del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Científicas y que, en su conjunto, revela que en la América Latina está ocurriendo mucho más de lo que cada uno conoce. Ha sido propósito de la Oficina, agrega, institucionalizar la investigación científica en el seno de cada Gobierno y en el Continente en su conjunto. Reitera su gratitud a los servicios de salud pública nacionales y a los Institutos Nacionales de Higiene del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América porque, como señaló el Dr. Allen, permitieron a la Oficina, gracias a la contribución que prestaron voluntariamente durante dos años, lanzar y organizar esta iniciativa, y porque ellos han sido, en realidad, los principales contribuyentes para llevar a cabo proyectos que, por su calidad, han cumplido con los requisitos que la Organización ha establecido para aprobar determinados estudios e investigaciones. Afirma que ha sido muy grato poder comprobar esta actitud, porque en este campo se requiere singularidad de ideas y superioridad de objetivos. Declara que todas estas acciones ponen de relieve el valor del papel que desempeña la Oficina y que es, fundamentalmente, catalizador de esfuerzos, a través de la actividad científica desarrollada por especialistas de altísimo nivel, que analizan determinados problemas y ofrecen a los Gobiernos sus iniciativas. Subraya que como se trata de problemas que tienen un carácter multinacional, su solución requiere que exista un organismo coordinador, cometido que puede ser realizado por la Organización. Cita como ejemplo de esta clase de trabajos la Investigación Interamericana sobre Mortalidad, de la cual ya existen los primeros informes, los cuales contienen un material valioso para futuros análisis de la dinámica de las enfermedades en el Continente. El Dr. Horwitz se muestra convencido de que los Gobiernos que vayan organizando o estructurando su investigación en salud, como con tanta claridad lo han señalado los distintos Representantes en el curso de esta sesión, encontrarán en ese estudio interesante información sobre lo que se podría denominar "epidemiología continental comparada".

<sup>14</sup> *Publicación Científica de la OPS 119.*

Añade que en esta Reunión del Consejo se ha suscitado el análisis del problema de la reproducción humana y en el correspondiente documento, por una parte, y en el debate, por otra, se señala que la Oficina, como organismo regional de la OMS y como órgano ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud está más interesada en el enfoque epidemiológico y social que en el exclusivamente biológico y fisiológico, ya que este último—agrega—es el que la Organización Mundial de la Salud está desarrollando.

Manifiesta que el Representante del Perú señaló las primeras iniciativas que ya se han adoptado en este sentido y que se espera extender a otros Gobiernos. Cree que cabe dudar en lo que respecta a las cifras que circulan en el Continente respecto al problema del aborto, y considera que sería conveniente que los estudios ya efectuados en algunos países tuvieran un carácter continental para que cada Gobierno conociera a ciencia cierta la magnitud de la cuestión y su influencia en la situación demográfica de sus países. Estima que debe ahondarse en la investigación del gran tema de la epidemiología de la reproducción humana para disipar una serie de dudas que subsisten sobre ese problema. Manifiesta que algunos Gobiernos han expresado ya interés en la investigación operativa, es decir, en aquella encaminada a medir la calidad y cantidad de recursos existentes para objetivos definidos. Señala que este es un campo al que, evidentemente, se están incorporando de manera progresiva los mayores avances científicos de los últimos años, y en el cual la Oficina quisiera colaborar y participar.

En cuanto a la iniciativa de crear una Biblioteca Regional de Medicina para América Latina, idea que ha surgido como consecuencia de una sugestión de la Biblioteca Nacional de Medicina del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, a que hizo referencia el Representante del Uruguay, señala que se ha contado al respecto con el consejo de un grupo de expertos, y que se procede ahora a analizar el pro y el contra de dicha proposición para someterla a la consideración del Consejo. Dicha proposición se funda en el hecho de que poco más de la mitad del total de peticiones de información bibliográfica que recibe la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América—que cuenta con el mayor número de publicaciones del mundo—procede de América Latina. Ello revela, en un sentido indirecto, que por lo menos los

países latinoamericanos manifiestan en el campo de la biología y de las disciplinas médicas una aguda curiosidad intelectual, lo que ha inducido al Dr. Martin M. Cummings a pensar en la conveniencia de descentralizar su labor y acercarla, por así decirlo, a las fuentes de origen de esa curiosidad; además, porque la demanda de bibliografía aumenta a medida que se crean nuevos establecimientos educacionales y de investigación. El Dr. Horwitz estima que la iniciativa es muy laudable, pero que no se debiera insistir tanto en la investigación sino en la educación, por lo que entiende que si dicho establecimiento se organiza bajo el patrocinio de la Oficina, convendría que fuera un organismo dinámico que pudiera ofrecer los más recientes avances a los establecimientos de enseñanza de la medicina y demás disciplinas de la salud del Continente, sin dejar de atender, por ello, la demanda de informaciones para la investigación. Afirma que se hace lo posible porque tal iniciativa se financie con fondos extrapresupuestarios relacionados con las contribuciones directas de los Gobiernos y advierte que no se trata de una empresa sencilla, por lo que estima que en sus primeros años de actividad debería financiarse con la contribución de alguna fundación, y ello permitiría a los Gobiernos y a la Organización adquirir la debida experiencia y asegurar luego su estabilidad en el presupuesto general, método que, como sabe el Consejo, se ha aplicado para llevar a cabo otras iniciativas.

Por último, el Dr. Horwitz señala que la Oficina no está, por el momento, en condiciones de opinar en cuanto al lugar de instalación de la proyectada Biblioteca y solicita que se le permita informar al Comité Ejecutivo en su reunión de abril de 1966, y naturalmente al Consejo, sobre el curso de las gestiones realizadas y sobre las condiciones en que ha de ser resuelto este punto por los Cuerpos Directivos.

El PRESIDENTE declara terminada la discusión del tema 22, quedando pendiente de presentación el proyecto de resolución de los Estados Unidos de América, que será traducido y distribuido para someterlo posteriormente a votación.<sup>15</sup>

*Se suspende la sesión a las 10:30 a.m.  
y se reanuda a las 11:05 a.m.*

<sup>15</sup> Véase decimotercera sesión plenaria, pág. 182.

Council deemed to be the qualifications which the said chief, or sole, delegate ought to have, without prejudice to the authority of the appointing Government. To include those qualifications in the Constitution would be to restrict unduly a text which should be as broad and flexible as possible in order to remain suitable in the future. He supported the President's idea that the constitutional text should be left in the form in which it had been submitted to Governments, and that its application should be specified in the resolution. He emphasized that the World Health Assembly had settled the matter simply by means of a resolution, the very method now proposed by the President.

Dr. QUIRÓS (Peru) pointed out that Article 11 of the WHO Constitution specified that those Delegates should be chosen from among persons having the highest technical qualifications in the field of health and preferably representing the national health administration of the Member Country. He thought that the addition of a text similar to that suggested by the Delegation of Ecuador would solve the problem.

Dr. HORWITZ (Director, PASB) pointed out that the same idea was to be found in Article 10 of the PAHO Constitution. He had understood that the intention was to include in the Constitution not only the qualifications expected of the chief delegate, but also, and in detail, how his expenses were to be paid, as proposed in the resolution.

Dr. CALVO (Panama) remarked that he had been a member of the working party of the Executive Committee which had drafted the text of that resolution, and that on that occasion, as now, the matter had given rise to a long and complicated debate. The Executive Committee had discussed the question of substance, i.e., that the purpose of the financial effort made by the Bureau in paying the round-trip expenses of one delegate was to ensure the attendance of a high-ranking technical official, on the assumption that the chief of delegation might easily be a minister—who might satisfy that requirement—but who could readily arrange to have his travel expenses paid by the Government. The intention was to ensure that delegations always had highly qualified technicians. In Latin American countries, the ministers often did not have sufficient experi-

ence in public health, and therefore wished their public health directors or other highly qualified technicians to attend the meetings of the Directing Council, if only in an advisory capacity.

It should be simple to amend the proposal so that the operative part would state explicitly that the proposed amendment applied to Article 7 of the Constitution, that being apparently the object of the Ecuadorean draft resolution.

Dr. CASTILLO REY (Venezuela) observed that if it was stipulated in Article 7-D of the Constitution that the Organization paid the expenses of a high-ranking technical official of the ministries of health, the Governments' freedom of decision in the matter would in no way be infringed. If the minister wished to attend the meetings and could arrange to have his travel expenses paid, he would be able to have himself accompanied by a competent representative; but it should be made clear that the companion must be a "high-ranking technical representative," since apparently that was what the members of the Council had in mind.

The PRESIDENT asked whether, in view of the explanations given, the Representative of Venezuela would withdraw his counter-proposal.

Dr. CASTILLO REY (Venezuela) said that he would be glad to withdraw his counter-proposal if the purpose of the proposed amendment was clearly indicated.

The PRESIDENT, before declaring the debate closed, asked the Representative of Ecuador to explain his position, as there was an impression that his draft resolution was an elaboration of Article 7-D.

Dr. YÉPEZ (Ecuador) reiterated that the draft resolution was in full conformity with the proposal presented by his Delegation the year before.

The PRESIDENT suggested that, in view of the close connection between the draft resolution presented by the Representative of Ecuador and the amendment to Article 7-D, and in view of the importance of the subject, the debate should be postponed to the twelfth plenary session, so as to enable the Secretariat to prepare a generally acceptable proposal concurring the two texts.

*It was so agreed.*

*The session rose at 12:30 p.m.*

sideración del Consejo Directivo, constituye la fase final de un estudio iniciado en 1962 por indicación del Comité Ejecutivo, y en él se hace referencia a la organización interna de las Conferencias. En relación con esta cuestión, los Gobiernos han formulado atinadas observaciones y la Oficina ha presentado los resultados más salientes de su experiencia. En los Apéndices 2 y 3 se clasifican y analizan las sugerencias hechas y se acompaña copia de las comunicaciones recibidas de los Gobiernos de la Organización.

Después de examinar todos estos elementos, el Comité Ejecutivo, en su 52ª Reunión, hizo suya<sup>19</sup> la conclusión a que había llegado el grupo de trabajo designado por él en el sentido de:

Recomendar al Consejo Directivo que se mantenga en la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana la estructura general establecida en las reuniones anteriores, pero tomando muy en cuenta las sugerencias formuladas por los Gobiernos en cuanto a organización y trabajo de las Comisiones principales. La experiencia recogida en esta Reunión podrá facilitar la organización de las futuras Conferencias y el estudio de sus costos.

Además, el Comité Ejecutivo acordó:

Solicitar del Consejo Directivo que llame la atención de la Conferencia respecto a las modificaciones reglamentarias propuestas por el Gobierno de los Estados Unidos de América, que, en principio y en su fondo, considera que mejoraría el texto del Reglamento de la Conferencia actualmente en vigor.

Añade el Dr. Sutter que el examen de la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana condujo a la presentación de enmiendas a los Artículos 7-D y 12-B de la Constitución y a una propuesta favorable a que se añadiera al Artículo 14 de la Constitución un nuevo párrafo. Todas estas propuestas fueron debidamente comunicadas a los Gobiernos de conformidad al Artículo 28 de la Constitución y examinadas asimismo por el Comité Ejecutivo, el que llegó en su informe a las siguientes conclusiones:

Comunicar al Consejo Directivo que ha sido criterio unánime del Comité Ejecutivo, en el que ha concurrido también el Observador del Perú, que las funciones asignadas al Comité Ejecutivo por el Artículo 14 de la Constitución, especialmente en sus apartados D y E, son lo suficientemente amplias para que no sea necesaria la enmienda constitucional propuesta a la XV Reunión del Consejo Directivo por el Representante del Perú.

Sin embargo, los objetivos que se proponía el Gobierno del Perú con dicha enmienda han sido de valor, en el sentido de estimular el estudio y determinación de funciones y responsabilidades que el Comité Ejecutivo puede cumplir para aliviar de una manera efectiva el trabajo y abreviar la duración de las reuniones de sus Cuerpos Directivos, cuando los mismos lo encuentren conveniente.

El Comité Ejecutivo aceptó por unanimidad la propuesta del Observador del Perú, en el sentido de que el Comité Ejecutivo esté oficialmente representado en las reuniones del Consejo Directivo y de la Conferencia por su Presidente o por cualquier otro miembro que designe el Comité. La Organización sufragará los gastos de transporte y viáticos de este Representante del Comité Ejecutivo.

Respecto a las enmiendas a los Artículos 7-D y 12-B que hacen relación al pago de los gastos de viaje de un representante de cada Gobierno a la reunión de la Conferencia y al Consejo Directivo, el Comité Ejecutivo recomendó que el Consejo Directivo tenga presente los dos puntos siguientes:

a) Que en ambos casos se paguen los gastos a un Representante de cada Gobierno que sea funcionario técnico de alta categoría del Ministerio de Salud, y

b) Que estos gastos comprendan solamente los costos de transporte de ida y vuelta por un itinerario autorizado desde la capital del Gobierno Miembro hasta el lugar de reunión.

Subraya el Dr. Sutter que, en esa ocasión, el Comité Ejecutivo pidió al Director que presentara un informe sobre la práctica seguida por otros organismos interamericanos, o de las Naciones Unidas, a este respecto. Anuncia que el Director pondrá a disposición del Consejo Directivo la información recibida hasta la fecha.

Termina manifestando que, en resumen, corresponde al Consejo Directivo examinar tres cuestiones distintas: 1) la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana, es decir su estructura y servicios; 2) las enmiendas constitucionales propuestas a los Artículos 7-D y 12-B de la Constitución, y 3) las modificaciones a proponer a la Conferencia en su propio Reglamento, sugeridas por el Gobierno de los Estados Unidos de América.

El Dr. YÉPEZ (Ecuador) somete a la consideración del Consejo dos proyectos de resolución: en el primero, referente a la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana, se recomienda al Director que en la XVII Conferencia se mantenga la estructura general establecida en las reuniones anteriores, pero tomando muy en cuenta las sugerencias formuladas por los Gobiernos en cuanto a

<sup>19</sup> Resolución VIII. Documento Oficial de la OPS 62, 10-11.

organización y trabajo de las comisiones principales, recomendándosele también que estudie los costos de la XVII Conferencia en función de su organización, con el fin de dar a las futuras Conferencias la estructura más adecuada con el mínimo de gastos.

En el segundo proyecto de resolución se reiteran las enmiendas a los Artículos 7-D y 12-B de la Constitución, presentadas por el Representante de su país en la XV Reunión del Consejo Directivo<sup>20</sup> celebrada en México en 1964. Con arreglo a ellas, según el Artículo 7-D propuesto, los gastos del delegado jefe o del delegado único a la Conferencia estarían a cargo de la Oficina y, de acuerdo con el Artículo 12-B, la Oficina pagaría los gastos de un representante por cada Gobierno.

El Dr. YÉPEZ señala que hará entrega del texto de ambos proyectos para que sean distribuidos y sometidos a examen.

El PRESIDENTE señala que deben examinarse primero las enmiendas constitucionales para someterlas a votación, una por una, pero antes de hacerlo, pide al Dr. SUTTER que dé lectura al Artículo 28 de la Constitución de la OPS en el que se determina la forma en que debe efectuarse la votación.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al Artículo 28 que dice así:

Las propuestas de enmienda a la Constitución serán comunicadas a los Gobiernos Miembros por lo menos tres meses antes de que hayan de ser examinadas por la Conferencia o el Consejo Directivo. Las enmiendas entrarán en vigor para todos los Gobiernos Miembros cuando sean adoptadas por la Conferencia por el voto de dos tercios de los representantes de todos los Gobiernos Miembros o cuando hayan sido adoptadas por el Consejo Directivo con el voto de dos tercios de dichos representantes.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos de América) dice que, como se recordará, en la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo celebrada en abril de 1965, la propuesta de enmienda al párrafo D del Artículo 7 y al párrafo B del Artículo 12 de la Constitución despertó gran interés y provocó amplias deliberaciones. Se reconoció que, si se adopta, esa enmienda constituirá una desviación de una práctica seguida por largo tiempo, no sólo en la Organización Panamericana de la Salud sino en otros organismos del Sistema Interamericano, así como de las Naciones Unidas. Se han formulado algunas preguntas respecto a la práctica que se sigue en otras organiza-

ciones. En consecuencia, el Comité Ejecutivo pidió al Director que proporcionase informaciones a este respecto, tanto en lo referente al Sistema Interamericano como a las Naciones Unidas, así como también respecto a las consecuencias de esa práctica, es decir, si al pagar otras organizaciones los gastos de los representantes de Gobiernos a sus reuniones da por resultado una mayor o menor asistencia. El orador solicita que como no se suministró documentación anticipadamente y por tanto su Gobierno no ha podido estudiar la información pertinente, se aplaze para 1966, en el momento de la Conferencia, la consideración de las enmiendas propuestas. Se proporcionaría de esta manera una amplia oportunidad para examinar la información relacionada con la práctica establecida por otros organismos del Sistema Interamericano, así como por las Naciones Unidas.

El PRESIDENTE invita al Dr. Sutter a que dé lectura a la información solicitada por el Representante de los Estados Unidos de América.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP), después de explicar que no se distribuyó antes la mencionada información porque no se recibió en la Oficina hasta fines de agosto y principios de septiembre, dice que, en resumen, los datos obtenidos son los siguientes:

*Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)* (Comunicación del 13 de agosto de 1965)

Conferencia General:

Gobiernos.

Consejo Ejecutivo:

Viajes y dietas, la organización.

*Fondo Monetario Internacional* (Comunicación del 13 de agosto de 1965)

Junta de Gobernadores:

Viaje y dietas (\$50), la organización.

(Anual). Sec. 14(a) del Reglamento.

Junta de Directores Ejecutivos:

La organización paga viaje y dietas cuando asisten a la Junta de Gobernadores fuera de Washington.

*Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento* (Comunicación del 13 de agosto de 1965)

Junta de Gobernadores:

Viaje y dietas (\$50).

(Anual y combinada con el anterior.) Sec. 14(a) del Reglamento.

Junta de Directores Ejecutivos:

La organización paga viaje y dietas cuando asisten a la Junta de Gobernadores fuera de Washington.

<sup>20</sup> Documento Oficial de la OPS 60, 190.

*Unión Postal Universal* (Comunicación del 16 de agosto de 1965)

Congreso:

Gobiernos.

Consejo Ejecutivo:

Viaje, la organización.

Reglamento General de Viena de 1964, Art. 102, inciso 9.

*Unión Internacional de Telecomunicaciones* (Comunicación del 17 de agosto de 1965)

Conferencia Plenipotenciaria:

Gobiernos.

(En 1959: 89 participantes, 101 Miembros y Miembros Asociados).

Consejo Administrativo:

Viaje y dietas, la organización (25 miembros, 5 semanas, anual).

*Organización Meteorológica Mundial* (Comunicación del 23 de agosto de 1965)

Congreso:

Gobiernos (cada 4 años).

Comité Ejecutivo:

Viaje, la organización (anual).

Tiene un Reglamento especial sobre pago de viajes y dietas.

*Organización Internacional de Energía Atómica* (Comunicación del 24 de agosto de 1965)

Conferencia General:

Gobiernos (Art. V-B de los Estatutos).

Junta de Gobernadores:

Gobiernos.

*Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)* (Comunicación del 24 de agosto de 1965)

Conferencia:

Gobiernos (cada 2 años).

Consejo:

Viaje y dietas de viaje, la organización.

*Organización de Aviación Civil Internacional* (Comunicación del 25 de agosto de 1965)

Asamblea:

Gobiernos.

Art. 63 de la Convención de Aviación Civil Internacional.

Consejo:

Gobiernos.

Delegaciones permanentes, 102 asistentes, 109 Miembros, proporción importante de autoridades.

*Oficina Internacional del Trabajo (OIT)* (Comunicación del 2 de septiembre de 1965)

Conferencia:

Los Gobiernos pagan a sus delegados, y la organización paga a patronos y obreros.

Cuerpo Directivo:

La organización paga sólo dietas a patronos y obreros.

Reglamento especial.

La *Organización de los Estados Americanos (OEA)* ha enviado (Comunicación del 17 de septiembre de 1965) la siguiente información de organismos interamericanos:

*Consejo Interamericano Económico y Social (CIES)*

No paga viaje ni gastos.

*Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP)*

Paga viaje y gastos.

Resolución del Consejo de la OEA de 9 de enero y de 2 de marzo de 1964.

*Consejo Interamericano de Jurisconsultos*

No paga viaje ni gastos.

Art. 11, Estatuto.

*Consejo Interamericano Cultural*

No paga viaje ni gastos.

Art. 43, Estatuto.

*Junta Interamericana de Defensa*

No paga viaje ni gastos.

*Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas*

Junta Directiva:

Paga viaje (anual).

Art. VII, inciso 3 de la Convención Constitutiva.

Consejo Técnico Consultivo.

Paga viaje (anual).

*Instituto Interamericano del Niño*

No paga viaje ni gastos.

## Resumen

### *Organismos interamericanos*

Total de respuestas.....	7
Pagan viaje y gastos.....	1
Pagan viaje .....	1
No pagan viaje ni gastos.....	5

### *Organismos internacionales*

Total de respuestas.....	10
Pagan viaje y gastos a	
la Conferencia o Congreso.....	2
A parte de ellos.....	1
Pagan viaje y gastos al	
Consejo, o al Comité Ejecutivo.....	5
A parte de ellos.....	1
Pagan viaje al	
Comité Ejecutivo .....	2
No pagan viaje ni gastos	
a la Conferencia.....	7
No pagan viaje ni gastos	
al Consejo o al Comité Ejecutivo.....	2



La Organización Meteorológica Mundial y la Oficina Internacional del Trabajo tienen un reglamento especial sobre pago de viajes y dietas.

El PRESIDENTE señala que el Sr. Calderwood ha presentado una propuesta en el sentido de aplazar hasta el año próximo la votación de las enmiendas, en vista de que la Delegación de los Estados Unidos de América necesita tiempo para estudiar la información leída por el Dr. Sutter.

El Dr. YÉPEZ (Ecuador) manifiesta que la Representación de su país no estaría dispuesta a aceptar que se aplazara la votación por un año. En los países latinoamericanos se puede perder la importancia de la asistencia de un representante debidamente calificado a reuniones como la del Consejo Directivo. Por ello se permite ratificar las propuestas formuladas por el Representante de su país el año anterior.

El Dr. QUIRÓS (Perú) después de manifestar que la Delegación de su país está totalmente de acuerdo con el planteamiento del Representante del Ecuador, señala que ya se mencionó en anteriores oportunidades que la Oficina está siguiendo en esta materia el mismo criterio de la Organización Mundial de la Salud, la cual paga los gastos de viaje a un representante de la Asamblea. A su juicio, este es el aspecto más importante de la documentación que se examina, y cree que se dispone de suficiente información sobre el asunto.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos de América) agradece al Presidente y al Dr. Sutter la información proporcionada, y agrega que hizo el comentario anterior, porque su Delegación no había obtenido la información deseada antes de la Reunión. Aclara que sus palabras en ninguna forma habían sido una crítica a la Secretaría. Cuando el Comité Ejecutivo pidió esta información, quedó entendido que se necesitaría algún tiempo para reunir los datos, puesto que se refería a los diversos organismos internacionales de las Naciones Unidas, así como del Sistema Interamericano. El orador agrega que como la enmienda propuesta implica el apartarse de la práctica general, es un asunto que su Gobierno desea estudiar con mucho cuidado.

Por tanto, reitera su petición de aplazar el debate de este asunto hasta que se reúna la Conferencia en 1966. En su opinión, ese aplazamiento proporcionará a todos los Gobiernos una oportunidad

para examinar la propuesta teniendo en cuenta la información acerca de las prácticas generales que siguen otras organizaciones y del efecto de esas prácticas sobre la asistencia a las reuniones. Aunque el pago del pasaje de un delegado de cada país estaría de acuerdo con el precedente que se estableció en la OMS también significaría alejarse de los procedimientos establecidos en la mayoría de los organismos interamericanos y de las demás organizaciones internacionales. Por todo ello, el Sr. Calderwood considera que los Gobiernos necesitan tiempo para estudiar las consecuencias de este asunto.

El Ing. RIVERA (Costa Rica) no comparte el criterio del Representante de los Estados Unidos de América, y hace constar que, en realidad, son muchos los representantes que no asisten a reuniones técnicas de esta clase, encomendándose a menudo el cumplimiento de tal misión a miembros del cuerpo diplomático o consular, no obstante el elevado nivel técnico de los asuntos a tratar y a pesar de que sólo un grupo muy selecto de profesionales de cada país posee la competencia necesaria para participar en las deliberaciones correspondientes.

Agrega que, si conforme a lo solicitado por el Representante de los Estados Unidos de América, el Consejo aplaza la votación para saber cuántos delegados con conocimientos técnicos concurren realmente a esas reuniones, sorprenderá el número reducido de los que asisten. A su entender, las dificultades no son sólo de carácter económico, sino que a veces no pueden obtenerse oportunamente los fondos necesarios para pagar los viajes y se busca una salida fácil, que consiste en confiar la representación a un funcionario diplomático de servicio en el país en donde la reunión se celebre, o a alguna persona que esté realizando un viaje particular.

Entiende el Ing. Rivera que el Consejo debe decidir, sin más demora, si se van a aceptar o no las enmiendas, ya que se dispone de información y experiencia suficientes para resolver, teniendo a la vista el criterio de cada país.

El Sr. CASTELLS (Uruguay) está totalmente de acuerdo con las razones aducidas por los Representantes del Perú, Ecuador y Costa Rica, para no aplazar la votación sobre las enmiendas propuestas.

El PRESIDENTE somete a votación la propuesta de la Delegación de los Estados Unidos de América, de aplazar la votación sobre las enmiendas.

*El resultado de la votación es el siguiente: Un voto en favor, 18 en contra y ninguna abstención.*

El PRESIDENTE declara rechazada la proposición.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos de América) indica que se podría pedir a la Observadora de la Organización de los Estados Americanos que hiciera algún comentario sobre la propuesta que se está considerando.

El PRESIDENTE concede la palabra a la Observadora de la OEA para que informe sobre la experiencia de dicha Organización sobre el tema.

La Sra. ELDRIDGE (Observadora, OEA) declara que respecto a la participación de representantes de Gobiernos en reuniones de los organismos interamericanos, un caso claro es la experiencia que existe con el Instituto Interamericano del Niño. Durante varios años, antes de incorporar el presupuesto de este Instituto dentro del de la Unión Panamericana, el Instituto pagaba el viaje de los delegados de Gobiernos que participaban en las reuniones de su Consejo Directivo. Con la incorporación de este organismo especializado de la OEA en el presupuesto de la Unión Panamericana, quedó comprendido dentro de la política interamericana habitual de requerir de los Gobiernos el pago de los gastos de sus propios delegados cuando asisten a reuniones interamericanas. Añade que, sin embargo, en la última reunión del Consejo Directivo del Instituto Interamericano del Niño, este organismo volvió a pedir que se examinara un plan por el cual pudiera cubrirse, mediante su propio presupuesto, el pago de los viajes de los miembros que asisten a esas reuniones.

La Sra. Eldridge señala que, en el caso de la última reunión del Consejo Directivo del Instituto Interamericano del Niño hubo algunas diferencias de opinión respecto a si esta política aumentaría la asistencia de representantes técnicos de sus países, en contraste con la de representantes diplomáticos. En resumen, el Consejo Directivo del Instituto ha pensado que con el nuevo procedimiento, el de pedir a los Gobiernos que paguen los gastos de viaje, la asistencia ha sido tal vez más alta, o por lo menos equivalente, con el sistema anterior, en representación técnica.

El Dr. QUIRÓS (Perú) muestra su deseo de que se profundice en el análisis de los conceptos expresados por el Ing. Rivera y señala que así como la OPS cubre los gastos de viaje, incluso de estancia, de

las personas que concurren a reuniones de expertos, de técnicos, a grupos de consulta y seminarios que la Organización realiza, con mucha más razón debe pagar los gastos que origine la presencia, por lo menos, de un técnico de cada país, para destacar así el carácter técnico que debe tener la Organización. En consecuencia, considera que la iniciativa no puede ser más saludable.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) hace constar que tiene instrucciones del Gobierno de su país en el sentido de apoyar la propuesta del Representante del Ecuador, pero que preferiría que en la nueva redacción se incluyesen claramente las limitaciones señaladas por el Comité Ejecutivo, a fin de que no haya lugar a dudas en cuanto al carácter eminentemente técnico de la representación de los respectivos Ministerios de Salud. A su juicio, se debe indicar: primero, que los gastos del delegado jefe serán pagados por la Organización cuando se trate de funcionarios de alta significación de dichos Ministerios, y segundo, que el pago se limite al gasto de transporte por un itinerario autorizado.

El Dr. YÉPEZ (Ecuador) estima que la parte expositiva de la resolución es suficientemente explícita para aclarar la duda y atender la preocupación del Representante de Venezuela; en el texto se establece que el viaje se pagará a un solo representante de alto nivel relacionado con el Ministerio de Salud y que el pago se referirá exclusivamente al viaje.

El Dr. QUIRÓS (Perú) señala que no es la resolución lo que interesa, sino que en el texto de la propia Constitución quede claramente precisado el sentido, lo que es muy importante. Se asocia al planteamiento que ha dado al problema el Representante de Venezuela.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) manifiesta que la Delegación de su país desea dar un cierto valor pedagógico a la enmienda constitucional que se propone, a fin de lograr que sea la representación de los países en las reuniones de estos importantes Cuerpos Directivos la que oriente la política de salud del Continente. Agrega que si bien es cierto que la parte expositiva del proyecto de resolución del Ecuador contiene elementos de juicio suficientes, la enmienda parecería más afirmativa si se incluyera en el articulado de la Constitución. Propone, por lo tanto, que se redacte la modificación en tal forma que se incorporen las observaciones que el Comité

Ejecutivo formuló al presentar la enmienda al Consejo, o sea en los puntos A y B del párrafo 7.

El Ing. RIVERA (Costa Rica) señala que, a su entender, la diferencia que parece existir no es de criterio, sino sobre la manera de redactar el texto. Convendría, tal vez, que se designe un comité de redacción que prepare, con la mayor brevedad posible, un texto aceptable. Indica que en donde se dice que "cada Gobierno sea un funcionario técnico de alta categoría", preferiría que se dijera "de la más alta categoría".

El Dr. QUIRÓS (Perú) propone que se confíe dicha redacción al mismo grupo que en el Comité Ejecutivo estudió este asunto para que presente un texto que pueda ser sometido a votación.

El Dr. YÉPEZ (Ecuador) está de acuerdo con la enmienda propuesta por el Representante de Venezuela al proyecto de resolución del que es autor, a fin de que en el texto mismo del articulado de la Constitución se hagan constar, si se considera conveniente, las condiciones del pago del viaje a un representante único. En cuanto a la redacción, considera que la Secretaría podría presentar un texto definitivo para votarlo directamente.

El PRESIDENTE señala que una vez votado el Artículo 7-D de la Constitución procedería examinar el proyecto de resolución presentado por el Representante del Ecuador, texto que constituye un desarrollo reglamentario de ese artículo. Señala que después de aprobado este se dispondrá de un reglamento que satisfaga el cometido y las ideas que se han expuesto y advierte que en dicho Artículo 7-D se establece simplemente que los gastos del delegado jefe o del delegado único a la Conferencia estarán a cargo de la Oficina, así como los de su personal, mientras que en el proyecto de resolución presentado por el Representante del Ecuador se especifica que la Oficina pagará los gastos de un delegado técnico de alta categoría.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP), estima que lo que se discute es más bien una cuestión de procedimiento. La experiencia política de la América Latina—dice—revela que las constituciones, en general, deben ser modificadas muy poco, haciéndolas, en cambio, lo más amplias y flexibles que sea posible. Añade que cuando en ellas se incurre en excesivos detalles y, con el tiempo, varían las circunstancias, reformarlas requiere un largo y difícil proceso. Afirma que el precepto constitu-

cional propuesto es muy claro en el sentido de establecer que los gastos del delegado jefe o del delegado único a la Conferencia o a la reunión del Consejo Directivo correrán por cuenta de la Oficina. El proyecto de resolución, por su parte, señala el criterio del Consejo respecto a las características que debería tener, sin vulnerar la autoridad de cada Gobierno, dicho delegado jefe o delegado único. La inclusión, en el texto constitucional, de dichas características, limitaría mucho un texto que debe ser tan amplio y flexible como se pueda para facilitar su ajuste en un futuro. El planteamiento del Presidente de dejar el texto constitucional como se consultó a cada Gobierno, le parece, por consiguiente, acertado, detallando en la resolución su forma de aplicación. Subraya que la Asamblea Mundial de la Salud resolvió este asunto por una simple resolución y este es el camino que el Presidente ha propuesto.

El Dr. QUIRÓS (Perú) señala que en el Artículo 11 de la Constitución de la OMS se especifica que "Estos Delegados deben ser elegidos entre las personas más capacitadas por su competencia técnica en el campo de la salubridad, y representando, de preferencia a la administración nacional de salubridad del Miembro". Estima que añadir un texto similar a lo que ha sugerido la Delegación del Ecuador, solucionaría este problema.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) señala que en el Artículo 10 de la Constitución de la OPS se expone ese mismo concepto. Aclara que le pareció entender que lo que se deseaba era incluir en el texto constitucional no sólo las características que debe tener el delegado jefe, sino determinar, con todo detalle, la forma de hacer el pago, como se propone en la resolución.

El Dr. CALVO (Panamá) manifiesta que él mismo formó parte del grupo de trabajo que redactó el texto de esta resolución en el seno del Comité Ejecutivo, asunto que provocó en aquel entonces un debate, como el presente, largo y difícil. Señala que en aquella ocasión lo que el Comité Ejecutivo discutió fue, justamente, el problema de fondo, es decir, de que ese esfuerzo económico financiado por la Oficina para pagar o cubrir los gastos de viaje de ida y vuelta de un delegado facilitase la asistencia de un funcionario de alta categoría técnica, por considerar que, en cualquier momento, el jefe de la delegación bien puede ser un Ministro—que satisface ese requisito—pero a quien le es relativamente fácil conseguir fondos del Gobierno para

cubrir su viaje. Indica que lo que se trataba de lograr era que las delegaciones contasen siempre con personas de alta categoría técnica. Afirmo que muchas veces, en los países latinoamericanos, los Ministros no tienen suficiente experiencia en salud pública y desean, por ello, que participen en el Consejo Directivo sus directores de salud pública o algún otro delegado de alta categoría técnica, ya sea en calidad de consultor o de asesor.

El Dr. Calvo estima que sería fácil enmendar la proposición en el sentido de que en la parte dispositiva se dijera explícitamente que la enmienda modifica el Artículo 7 de la Constitución, porque ese parece ser el objeto del proyecto del Representante del Ecuador.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) manifiesta que si en el Artículo 7-D se estipulase que la Organización paga los gastos de un delegado de alta categoría técnica de los Ministerios de Salud, no se vulneraría en modo alguno la capacidad de los Gobiernos para tomar una decisión al respecto. Si el Ministro desea asistir a las reuniones y puede costearse esos gastos, tendrá la oportunidad de venir acompañado de un representante competente, pero convendría señalar claramente que debe ser un "alto representante técnico", porque esa parece ser la intención de los miembros del Consejo.

El PRESIDENTE pregunta al Representante de Venezuela si, en vista de las explicaciones dadas, retira su contrapropuesta.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) manifiesta que retiraría gustoso su contrapropuesta si se indicara claramente la finalidad que se persigue con la enmienda que se trata de introducir.

El PRESIDENTE antes de declarar cerrado el debate, pide al Representante del Ecuador se sirva exponer su criterio, pues parece existir la impresión de que el proyecto de resolución que ha presentado es un desarrollo del Artículo 7-D.

El Dr. YÉPEZ (Ecuador) reitera que el proyecto de resolución está totalmente de acuerdo con la propuesta formulada por su Delegación el año anterior.

El PRESIDENTE sugiere que, en vista de la estrecha relación existente entre el proyecto de resolución presentado por el Representante del Ecuador y la modificación del Artículo 7-D y, dada la importancia del asunto, se aplace el debate para la duodécima sesión plenaria para que la Secretaría pueda, armonizando ambos textos, preparar una propuesta aceptable para todos.

*Así se acuerda.*

*Se levanta la sesión a las 12:30 p.m.*

## DUODECIMA SESION PLENARIA

*Martes, 5 de octubre de 1965, a las 3:20 p.m.*

*Presidente: DR. RODERICK ESQUIVEL (Panamá)*

### **Tema 16: Organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana y enmiendas a los Artículos 7-D, 12-B y 14 de la Constitución (continuación)**

El PRESIDENTE, después de declarar abierta la sesión, sugiere que se siga el siguiente orden para el tema en discusión: 1) que se examine el proyecto de resolución formulado por el Representante del Ecuador sobre la organización de la Conferencia; 2) que se estudie la enmienda al Artículo 7-D de la Constitución; 3) que se analice la enmienda al

Artículo 12-B de la Constitución, y 4) que se resuelva lo más conveniente en cuanto a la proposición del Comité Ejecutivo de que se considere retirada la enmienda relativa al Artículo 14 de la Constitución.

Con respecto al primer punto—prosigue el Presidente—el proyecto de resolución será distribuido a los Representantes y examinado en la decimotercera sesión plenaria.<sup>1</sup> En lo concerniente al segundo punto—enmienda al Artículo 7-D de la Constitu-

<sup>1</sup> Véase pág. 183.

ción—el correspondiente proyecto de resolución será sometido a la consideración del pleno del Consejo de inmediato. Precisa que se trata del texto presentado por el Representante del Ecuador en la undécima sesión plenaria, y que dice así:

Artículo 7-D: Los gastos del delegado jefe o del delegado único a la Conferencia estarán a cargo de la Oficina, así como los de su personal.

Indica que este texto, que figura en el Documento CD16/22,<sup>2</sup> fue comunicado a los Gobiernos con los tres meses reglamentarios de anticipación. En relación con este artículo, el Comité Ejecutivo hizo algunas recomendaciones al Consejo Directivo. Subraya que el Comité Ejecutivo lo presenta ahora al Consejo Directivo y, aunque no recomienda si se debe aceptar o no la enmienda, en el caso de que la misma se apruebe, sugiere: a) que en ambos casos se paguen los gastos a un Representante de cada Gobierno que sea funcionario técnico de alta categoría del Ministerio de Salud, y b) que estos gastos comprendan solamente los costos de transporte de ida y vuelta por un itinerario autorizado desde la capital del Gobierno Miembro hasta el lugar de la reunión.

Estima el Presidente que debe someterse a la consideración del Consejo la enmienda correspondiente. Si esta fuese aprobada en los términos propuestos o modificada en sentido favorable al pago, se podrá instruir al Director, mediante las resoluciones pertinentes, para que en su cumplimiento tome en cuenta los dos puntos señalados por el Comité Ejecutivo u otros que juzgue oportuno.

Prosigue diciendo el Presidente que respecto a la enmienda al Artículo 12-B de la Constitución, las consideraciones hechas con anterioridad son exactamente las mismas. El texto que se someterá al Consejo es el siguiente:

La Oficina pagará los gastos de un representante por cada Gobierno y los de su personal.

Hace constar, por último, que en cuarto lugar, se presentará al pleno la proposición del Comité Ejecutivo relativa al Artículo 14 de la Constitución.

El Dr. PRIETO (Paraguay) subraya que, en la redacción propuesta a los Artículos 7-D y 12-B por la Delegación del Ecuador en la reunión anterior, no se aclaró si se trata del personal del Representante o del personal de la Oficina, y estima que conviene puntualizarlo.

El Dr. YÉPEZ (Ecuador) aclara que la modificación propuesta se refiere al personal de la Oficina.

El Sr. PHILIPPEAUX (Haití) apoya la sugestión del Presidente en el sentido de que el texto enmendado del Artículo 7-D se apruebe en la forma en que está redactado, y que el Director de la Oficina reciba autorización para formular a los Gobiernos las recomendaciones pertinentes.

El PRESIDENTE, contestando a la observación hecha por el Representante del Paraguay, señala que el Artículo 12-B de la Constitución, al hablar de las reuniones, establece que cada Gobierno pagará los gastos de su representación, y la Oficina los gastos de su personal, razón por la cual no hay lugar a confusión.

El Sr. CASTELLS (Uruguay) propone la siguiente redacción:

“Los gastos del delegado jefe o del delegado único a la Conferencia estarán a cargo de la Oficina, así como los del personal de la misma”.

El Dr. CALVO (Panamá) pregunta si, al referirse la enmienda proyectada al “delegado jefe” o “delegado único” indistintamente, no se limita el alcance de la misma, en forma tal que cuando un país envíe más de un delegado, la Oficina no pague nada; esto último, dice, no estaba en el ánimo de los autores del proyecto.

El PRESIDENTE hace notar que, para propósitos oficiales, la Oficina Sanitaria Panamericana sólo reconoce un delegado. Un país puede mandar una delegación muy amplia, compuesta de varios asesores, pero quien lleva la representación oficial es solamente el delegado jefe, de modo que, a los fines de la enmienda, el “delegado jefe” y el “delegado único” son intercambiables.

El Dr. CALVO (Panamá) afirma que en la redacción propuesta se pierde el espíritu de las dos recomendaciones del Comité Ejecutivo, según las cuales se pretendía que la Oficina cubriera los gastos de un delegado de alta categoría técnica, sobreentendiéndose que el Ministro tiene regularmente facilidad y seguridad de cubrir los gastos de su viaje. Lo que se buscaba no era otra cosa que asegurar la participación en estas reuniones de un delegado de alta categoría técnica.

El Sr. PHILIPPEAUX (Haití) manifiesta que se da cuenta del alcance de la intervención del Representante de Panamá, pero considera que, ateniéndose a la recomendación que el Presidente acaba de

<sup>2</sup> Véase Anexo 11, pág. 420.

hacer, si se adopta el texto de la enmienda tal como se encuentra redactado, y el Director de la Oficina recibe la autorización de precisar, para conocimiento de los Gobiernos, el sentido de dicha enmienda, se eliminarán todas las dificultades. Agrega que no hay que olvidar que cada Gobierno tiene interés en que su representación posea el mayor prestigio técnico posible; sin embargo, a veces el Ministro no es un técnico en salud pública, sino en cualquier otra actividad relacionada con salud, por lo que estima que es del interés de los Gobiernos integrar sus delegaciones con elementos técnicos. Sin embargo, sólo los gastos de viaje de un miembro de la delegación o de su presidente, sea o no un técnico, correrán a cargo de la Organización y cada Gobierno podrá indicar a esta libremente el nombre de la persona designada. Estima que a este respecto el texto de la enmienda debe ser breve y preciso.

El Sr. BURKE (Jamaica) considera que el propósito de la enmienda propuesta al apartado D del Artículo 7 se aclara si se examina el apartado B del Artículo 5, que dice:

“Cada Gobierno estará representado por no más de tres delegados, uno de los cuales será nombrado delegado jefe por su Gobierno. Los delegados podrán ser acompañados de uno o varios suplentes y asesores. Entre los delegados de los respectivos Gobiernos deberán incluirse especialistas en salud pública, preferentemente miembros de los departamentos nacionales de salubridad”.

La intención de la enmienda es que la Oficina pague los gastos de un delegado únicamente, y si una delegación consta de tres personas, la Oficina pagará los gastos de una de ellas. De manera análoga, se pagarán los gastos de un delegado que venga solo. Añade el Sr. Burke que esto no impide a un país enviar también una serie de asesores.

El PRESIDENTE propone, como nueva redacción para el texto propuesto, la siguiente:

Artículo 7-D: Los gastos de un delegado a la Conferencia estarán a cargo de la Oficina, así como los del personal de la misma.

El Dr. SALDAÑA (El Salvador) propone reducir el texto a lo siguiente: “La Oficina pagará los gastos de un representante por cada Gobierno”.

El PRESIDENTE opina que, para seguir usando la nomenclatura de la Constitución, es preciso decir: “La Oficina pagará los gastos de un delegado a la Conferencia”.

El Dr. ALONSO MENÉNDEZ (Cuba) estima que la mención específica de quién paga al personal de la Oficina, debe mantenerse en el texto.

El PRESIDENTE somete a votación la enmienda al Artículo 7-D de la Constitución, redactada en la siguiente forma:

Los gastos de un delegado a la Conferencia por cada Gobierno estarán a cargo de la Oficina, así como los del personal de la misma”.

*El resultado de la votación es el siguiente:*

*14 votos a favor, 1 en contra y 3 abstenciones.*

El PRESIDENTE declara rechazada la enmienda por no haber logrado el voto de dos tercios de los representantes de todos los Gobiernos Miembros. Seguidamente manifiesta que la enmienda propuesta al Artículo 12-B es similar, pero que se refiere a los delegados a las reuniones del Consejo Directivo, y no a los delegados a la Conferencia.

El Dr. BONICHE VÁSQUEZ (Nicaragua) considera que puede haber habido una mala interpretación en cuanto a la votación anterior, por lo que esta no reflejaría las intenciones del Consejo; propone que en consecuencia, se repita la votación. Dice que la modificación propuesta al Artículo 7-D constituye una medida saludable, ya que en los países suele haber dificultades para enviar una delegación formada por más de un delegado. Conviene que asista el Ministro, dada su participación en las decisiones del Gobierno respectivo, pero también es necesario que asistan uno o dos técnicos, y sería de desear que el viaje de uno de esos representantes corriera a cargo de la Oficina.

El Dr. SALDAÑA (El Salvador) concuerda con el punto de vista manifestado por el Representante de Nicaragua.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que si el resultado de la votación ha llamado la atención, posiblemente se deba a que no se ha tenido presente que las enmiendas constitucionales, de acuerdo con el Artículo 28 de la Constitución de la OPS, deben ser adoptadas por la Conferencia o por el Consejo con el voto de dos tercios de los representantes de todos los Gobiernos Miembros de la Organización. Por otra parte, para reabrir el debate, habría que aplicar el Artículo 35 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, que dice así: “Una proposición aprobada o rechazada no podrá ser examinada de nuevo en la misma reunión, a no ser que el Consejo resuelva otra cosa por mayoría de dos tercios de los Gobiernos pre-

sentes y votantes. Si se presenta una moción para examinar de nuevo la proposición aprobada o rechazada, sólo se concederá la palabra a dos oradores opuestos a la moción, y se pondrá esta a votación inmediatamente después”.

El Dr. VALDIVIESO (Chile) expresa su temor de que se sienta un nefasto precedente, al reabrir un debate sólo por considerar que una moción pudiera ser mal interpretada. Dice que no se ha objetado claramente cuál es el error en que se ha incurrido, y se opone a que se lleve a cabo una nueva votación.

El PRESIDENTE somete a votación la propuesta de reabrir el debate sobre la enmienda al Artículo 7-D.

*Queda rechazada la propuesta por 13 votos en contra, 2 a favor y 3 abstenciones.*

El PRESIDENTE pone a consideración del Consejo el texto de la enmienda propuesta para el Artículo 12-B, que se refiere a los Representantes a las reuniones del Consejo Directivo y dice: “La Oficina pagará los gastos de un Representante por cada Gobierno y los del personal de la misma”.

*El resultado de la votación es el siguiente:  
14 votos a favor, 1 en contra y 3 abstenciones.*

El PRESIDENTE declara rechazada la enmienda. Seguidamente, señala que el Comité Ejecutivo, en su 52ª Reunión,<sup>8</sup> estimó que las funciones asignadas al Comité en el Artículo 14 de la Constitución, especialmente en los apartados D y E, son lo suficientemente amplias, por lo que no es necesaria la enmienda constitucional propuesta<sup>4</sup> a dicho Artículo en la XV Reunión del Consejo. En consecuencia, procede que se considere retirada esa proposición de enmienda.

*Así se acuerda.*

El Dr. CALVO (Panamá) presenta seguidamente el siguiente proyecto de resolución:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la Resolución VIII sobre la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana, aprobada por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión;

Habiendo examinado el informe del grupo de trabajo del Comité Ejecutivo presentado en el Addendum al Documento Oficial 62, en el que se recomienda “que el Comité Ejecutivo esté oficialmente representado en las reuniones del Consejo Directivo y de la Conferencia por

su Presidente o por cualquier otro miembro que designe el Comité”; y

Teniendo en cuenta la conveniencia de que el Comité Ejecutivo esté oficialmente representado en estas reuniones,

RESUELVE:

1. Disponer que el Comité Ejecutivo esté oficialmente representado por su Presidente o por cualquier otro miembro que designe el Comité, en las futuras reuniones del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

2. Disponer que los gastos de viajes y dietas del Representante Oficial del Comité Ejecutivo en dichas reuniones corran por cuenta de la Organización.

El PRESIDENTE anuncia que el proyecto de resolución propuesto por el Representante de Panamá, así como el proyecto de resolución sobre la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana, serán distribuidos a fin de que el Consejo pueda votar sobre estos puntos en la sesión del día siguiente.<sup>5</sup>

### **Tema 17: Lugar de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas y enmiendas al Artículo 7-A, B y C de la Constitución y al Artículo I del Reglamento Interno del Consejo Directivo**

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) hace la presentación del Documento CD16/23,<sup>6</sup> completado con el informe del grupo de trabajo constituido en la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo,<sup>7</sup> relativo a la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana, cuyos apartados 3 y 4 contienen las proposiciones aprobadas unánimemente por el Comité Ejecutivo.

Agrega el Dr. Sutter que además han de tomarse en consideración los dos informes preparados por el Director. El primero fue transmitido a la XV Reunión del Consejo Directivo (Documento CD15/26, Addendum)<sup>8</sup> cuyo apartado VI se refiere a la sede de la Conferencia Sanitaria Panamericana, y el segundo fue presentado a la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo (Documento CE52/13)<sup>9</sup> en el que se trata, en párrafo aparte, la cuestión del

<sup>5</sup> Véase decimotercera sesión plenaria, pág. 184.

<sup>6</sup> Documento mimeografiado.

<sup>7</sup> Documento Oficial de la OPS 62, 19-21.

<sup>8</sup> Véase Anexo 11, Apéndice 2, pág. 425.

<sup>9</sup> *Ibid.*, Apéndice 1, pág. 423.

<sup>8</sup> Documento Oficial de la OPS 62, 21.

<sup>4</sup> Documento Oficial de la OPS 60, 189.

lugar de celebración de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.

Los tres informes mencionados pueden encontrarse en los apéndices 1 y 2 del Documento CD16/22.<sup>10</sup>

“El Comité Ejecutivo decidió recomendar al Consejo Directivo”, como dice su Presidente en el Informe Anual ya presentado al Consejo (Documento CD16/28),<sup>11</sup> “que la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana se celebre en la nueva Sede de la Organización, en Washington, D. C., y que a tal efecto modifique los Artículos 7-A, B y C de la Constitución. También propuso al Consejo que modificara el Artículo 1 de su propio Reglamento Interno, en el sentido de que las reuniones del mismo se celebren en la Sede de la Organización o en el lugar aprobado por la Conferencia o el Consejo, y no alternativamente como se estipula en la actualidad”.

El Dr. FERREIRA (Brasil) anuncia que a continuación presentará dos proyectos de resolución sobre el tema en discusión, y pide a los Representantes tengan en cuenta que, a pesar de los detalles de tipo legal que en los mismos es preciso citar, lo que se procura es, sencillamente, hacer posible que la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana se realice en Washington, en la nueva Sede que se acaba de inaugurar:

**EL CONSEJO DIRECTIVO,**

Teniendo en cuenta el informe aprobado por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión (Resolución VIII) y las propuestas de modificación constitucional relativas a la Sede de la Conferencia Sanitaria Panamericana formuladas en el mismo; y

Visto el Artículo 28 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

**RESUELVE:**

Aprobar las siguientes modificaciones constitucionales:

“Artículo 7-A. La Conferencia se reunirá cada cuatro años en la Sede de la Organización, en la fecha fijada por el Director de la Oficina en consulta con el Comité Ejecutivo.

“Artículo 7-B. No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, la Conferencia podrá reunirse en cualquiera de los Países Miembros de la Organización siempre que el Gobierno interesado lo solicite, y así lo acuerde la propia Conferencia o el Consejo Directivo en su reunión del año anterior a ella.

“Artículo 7-C. En los casos previstos en el párrafo

anterior, el Gobierno del país en que haya de tener lugar la Conferencia nombrará una Comisión para cooperar con la Oficina en la organización de la misma”.

Los párrafos C a G inclusive, del Artículo 7 vigente pasarán a ser los párrafos D a H del Artículo modificado.

**EL CONSEJO DIRECTIVO,**

Teniendo en cuenta el informe aprobado por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión (Resolución VIII) y la propuesta de modificación del Reglamento Interno del Consejo Directivo que se formula en el mismo; y

Visto el Artículo 58 del Reglamento Interno del Consejo Directivo,

**RESUELVE:**

Modificar el Artículo 1 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, que quedará redactado en la siguiente forma:

“Artículo 1. El Director de la Oficina convocará al Consejo para que se reúna de conformidad con el párrafo A del Artículo 12 de la Constitución y en cumplimiento de una resolución del Comité Ejecutivo. Las reuniones se celebrarán en la Sede de la Organización o en el lugar aprobado por la Conferencia o el Consejo. En estos últimos casos, el Director de la Oficina fijará la fecha de la reunión previa consulta con el Gobierno Huésped”.

El Sr. CASTELLS (Uruguay) señala que, en ocasión de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, el Uruguay ofreció ser sede de la XVII Conferencia, pero que, sin embargo, teniendo en cuenta la reciente inauguración del magnífico edificio de la Organización, su Delegación no insistirá en tal ofrecimiento y votará, si tal es la voluntad de la mayoría, en pro de que la próxima Conferencia se celebre en Washington, en el nuevo edificio de la OPS.

El Dr. ALONSO MENÉNDEZ (Cuba) declara que su Delegación, como las demás, ha expresado ya la profunda satisfacción que le ha causado contar con una magnífica Sede para el organismo regional. Manifiesta que, además de las ventajas materiales que esto representa, servirá para profundizar en la efectividad de los principios doctrinarios de la Organización, que se basan en el estrechamiento de los vínculos de la interrelación, de la intercomunicación y de la solidaridad de los países para llegar a la solución de los problemas de salud del hombre de América. No obstante, considera que modificar la Constitución de la Organización por el solo hecho de que haya una Sede que reúne las condi-

<sup>10</sup> Véase Anexo 11, págs. 423-427.

<sup>11</sup> Véase Anexo 1, pág. 222.



ciones deseadas podría ser lesivo para los referidos principios doctrinarios, por lo cual anuncia que su Delegación se opone a que la Constitución se modifique y declara que estará en contra de la reforma.

El Dr. FERREIRA (Brasil) manifiesta que la modificación propuesta no trata de obligar a que la Conferencia se celebre siempre en el edificio de la Sede, sino que, simplemente, pretende eliminar el precepto constitucional que impedía realizar en ella dos reuniones consecutivas.

El PRESIDENTE anuncia que se harán circular los proyectos de resolución presentados por el Representante del Brasil y que los mismos serán sometidos a votación en la siguiente sesión plenaria.<sup>12</sup>

### **Tema 12: Planificación de hospitales y otros servicios de salud**

El Dr. FLISFISCH (Asesor Especial, OSP) hace la presentación del Documento CD16/24.<sup>13</sup> Afirma que la Organización Panamericana de la Salud ha venido promoviendo la incorporación ordenada de la atención médica a los programas locales o nacionales de salud, dentro de un sistema regional capaz de ofrecer la adecuada cobertura de la población interesada.

Señala que la Reunión de Ministros de Salud—Grupo de Estudio, celebrada en abril de 1963, recomendó<sup>14</sup> que se programara la ampliación de los servicios de salud, en especial la de los servicios de atención médica, considerando no sólo los costos de inversión en edificios y equipos, sino también los requerimientos cuantitativos y cualitativos de personal y los gastos de operación, procurando la utilización plena de los recursos existentes.

Hace constar que el Consejo Interamericano Económico y Social, en su Segunda Reunión Anual a Nivel Ministerial, recomendó a los Gobiernos que planificasen la atención médica en sistemas jerarquizados de servicios que permitieran un mejor aprovechamiento de las facilidades hospitalarias existentes, mediante la ampliación de la atención ambulatoria y el uso de otros medios técnicos y administrativos.

En relación con este mismo problema, la Oficina Sanitaria Panamericana estimó, y sostuvo, que la

construcción y dotación de los hospitales es un problema primordialmente técnico, con importantes repercusiones financieras. Debido al enorme volumen de las inversiones que están efectuando los países de la América Latina, la colaboración internacional podría desempeñar una función más activa, empleando un mecanismo de acción regional que deberá ser objeto de detallado estudio.

Agrega que la XV Reunión del Consejo Directivo encomendó<sup>15</sup> al Director de la Oficina que estudiase, en unión de un Comité Asesor, los aspectos de la planificación nacional de hospitales y otros servicios, preparando un informe que sometería a los Cuerpos Directivos, sobre la manera en que la Oficina podría participar con mayor eficacia en los planes de construcción, dotación de personal y funcionamiento de hospitales integrados y servicios afines, para atender las necesidades de la comunidad en los diferentes países.

Indica que del análisis de esta resolución se deduce la necesidad de considerar los siguientes principios que en ella se contienen:<sup>16</sup>

a) La incorporación ordenada de la atención médica en los planes nacionales o locales del desarrollo económico y social, mejorando los servicios de salud, hospitales y consultorios externos dentro de la doctrina de integración técnica de las actividades preventivas y curativas.

b) Construcción de nuevos establecimientos de salud y remodelación de los existentes para aumentar los índices de cobertura de la población, dentro de una política continental, nacional o local, mejorando su organización y administración con la ayuda de un adecuado régimen de coordinación de las instituciones interesadas, para el mejor aprovechamiento de los recursos existentes.

c) Planificación de los servicios de salud con mejor sentido de su presente y futuro al establecer el monto de las inversiones iniciales en edificación e instalación, los presupuestos de funcionamiento y las necesidades de personal.

d) Reunión de un Comité Asesor para el estudio total del problema con la finalidad de analizar el mejor método para fortalecer y asegurar permanencia a la asesoría internacional completa que es capaz de prestar la Oficina Sanitaria Panamericana.

Afirma que, con el objeto de obtener el máximo

<sup>12</sup> Véase la decimotercera sesión plenaria, pág. 184.

<sup>13</sup> Véase *Publicación Científica de la OPS* 129, 74-173.

<sup>14</sup> *Documento Oficial de la OPS* 51, 39.

<sup>15</sup> Resolución XXV. *Documento Oficial de la OPS* 58, 29-30.

<sup>16</sup> *Publicación Científica de la OPS* 129, 77.

aprovechamiento de la labor del Comité Asesor, se designó un Asesor Especial, el cual se encargó de elaborar un documento de trabajo,<sup>17</sup> que contiene la información complementaria recogida durante la visita efectuada a ocho países de América Latina siguiendo la orientación recibida de la Sede y de los departamentos y unidades de la misma interesadas en el tema.

Agrega que en abril de 1965, la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización, tomó conocimiento<sup>18</sup> de los progresos alcanzados en el cumplimiento de la mencionada Resolución XXV y se reconocieron los esfuerzos realizados al formular un plan de operaciones tan acucioso y completo en esta materia, poniéndose énfasis en la necesidad de que el estudio que realizara el Comité Asesor abarcara a todos los subsectores que participan en la prestación de servicios de atención médica. Al mismo tiempo, el Comité Ejecutivo destacó, en la mencionada resolución, la importancia de los servicios de seguridad social en el campo de la atención médica, para cuyo objeto sugirió que los Gobiernos incluyesen en sus delegaciones a representantes de esos servicios.

Informa que el Comité Asesor se reunió del 26 al 30 de julio de 1965 y analizó con detenimiento los antecedentes relacionados con la Resolución XXV. En sus trabajos colaboraron activamente representantes del Banco Interamericano de Desarrollo. El Comité Asesor estimó que el documento de trabajo preparado para la reunión se orientaba de modo adecuado al análisis de los aspectos fundamentales del problema en discusión, a pesar de lo incompleto de la información existente, revelándose que si bien varios países registran mejoras importantes en sus niveles de salud, la situación de conjunto es altamente insatisfactoria por la prevalencia de elevados índices de morbilidad, mortalidad y otros, incompatibles con los niveles mínimos a que aspira la sociedad actual. Reconoció, además, que tal situación es consecuencia de diversos factores de orden histórico, cultural, económico, de política de los Gobiernos nacionales, de actitudes y hábitos de los diferentes grupos comunitarios, organizados o no, de un país o región, por lo cual se hace necesario desarrollar esfuerzos intensos y sostenidos para superar todo este conjunto de factores.

<sup>17</sup> *Publicación Científica de la OPS* 129, 74-134.

<sup>18</sup> Resolución XVI. *Documento Oficial de la OPS* 62, 16-17.

A fin de deslindar conceptos, pero sin apartarse por ello del contenido de la Resolución XXV, el Comité Asesor expresó su criterio favorable a unificar las actividades de carácter preventivo y curativo, señalando que todo lo que en el futuro se emprenda en esta materia debe tratar de acabar con la tradicional diversidad que aún subsiste en América Latina, aun cuando se advierte una marcada tendencia a la unidad en la mayoría de los países.

Dicho Comité destacó también que la falta de colaboración y entendimiento entre los distintos subsectores del sector salud determina la desintegración de este último y una planificación defectuosa de las actividades de campo, por lo que es fundamental alcanzar la mayor coordinación de los distintos sistemas y servicios de salud, entre los que se cuentan los servicios autónomos y paraestatales.

Consideró también que en los países el personal disponible suele ser escaso y hallarse mal distribuido, por lo que insistió en que es menester estudiar las necesidades que del mismo existen y los problemas que plantea su formación, así como la proporción más conveniente entre los diversos grupos, y la manera de obtener un mejor aprovechamiento del personal con que se cuenta.

Frente a la escasez de recursos materiales y su distribución, convino el Comité en que es urgente realizar censos, de manera periódica, por personal especializado, nacional e internacional, conforme a pautas previamente establecidas, con referencia a cantidad y calidad. Igualmente, insistió en la importancia que tiene en el desarrollo de los programas la capacidad económica de los países para afrontar los gastos derivados de su ejecución.

Para el buen uso de los recursos actuales, recomendó la aplicación a los servicios de salud de métodos y técnicas modernas de administración de empresas, siendo muy importante su organización y administración basadas en ciertos indicadores relativos al rendimiento y eficiencia de los programas. Señaló, como factores fundamentales en la utilización más racional de estos recursos, la asistencia hospitalaria, la consulta externa y la atención domiciliaria.

En lo que respecta a la construcción de establecimientos hospitalarios, el Comité destacó que toda obra de construcción debe formar parte de un programa nacional de edificación que permita realizar o mejorar la calidad y cantidad de presta-

ciones médicas a la colectividad; prestar atención a lo que significa la asesoría foránea comercial, y cumplir los compromisos contractuales que esta representa: estandarización para reducir los costos de adquisiciones de equipos e instrumental y, hasta donde sea posible, los de las construcciones, para el mejor aprovechamiento de los recursos en este sentido.

Considerando todos los antecedentes reseñados, el Comité Asesor adoptó diversas conclusiones y sugirió recomendaciones para la expansión y fortalecimiento de la asesoría técnica que la Organización presta a los Gobiernos. Estas recomendaciones tienden a reforzar la acción de la Oficina en el estudio y asesoría a los países y a los organismos internacionales, en la planificación y organización de servicios nacionales de salud a base de sistemas regionales, en los que se prevé el mejor aprovechamiento de los recursos, estableciendo costos y prioridades en los gastos e inversiones; en el mejoramiento de la administración de hospitales y otros servicios de salud; en el estudio de las necesidades en recursos humanos con participación de las escuelas de medicina, universidades y otros centros educativos; en los costos y financiamiento de los diversos sistemas, incluyendo la participación de los servicios autónomos y paraestatales, y utilización de los recursos internacionales que, además de servir a sus propósitos directos, sirvan para estimular la expansión de los recursos nacionales destinados a iguales fines.

El Comité Asesor recomendó, finalmente, que para llevar a la práctica estos objetivos, la Organización debería establecer las estructuras adecuadas y utilizar, además, los recursos actuales disponibles destinados a funciones que tengan relación con estas actividades.

El Dr. OÑATIVIA (Argentina) expresa su conformidad con los puntos de vista expuestos en el documento y manifiesta que su país desarrolla una política encaminada a lograr que los hospitales dejen de ser establecimientos simplemente asistenciales y se conviertan en centros que presten también servicios médicos de carácter preventivo y social. Considera, por otra parte, que es necesario dar a las comunidades una participación activa y permanente en la administración de los hospitales.

Subraya que en la Argentina no existe carencia de hospitales generales, sino de hospitales especializados, en particular de los destinados a enfermos mentales. Agrega que, en realidad, no se advierte

falta de recursos, sino falta de coordinación de todos los elementos materiales y humanos destinados a este campo específico de la atención médica. A su juicio, es evidente la multiplicidad de esfuerzos y la superposición de jurisdicciones a nivel nacional, provincial o comunal, de entidades privadas o paraestatales que realizan análogas actividades de salud, lo que va en detrimento de los recursos que se emplean y del rendimiento de la atención médica.

Manifiesta el apoyo de su Gobierno a la Oficina para que prosiga su labor en el campo de la atención médica, prestando asesoramiento técnico y canalizando debidamente las ayudas internacionales a fin de resolver este problema, una de cuyas facetas más graves consiste en la capacitación y adiestramiento de personal con arreglo a las modernas concepciones sobre organización hospitalaria.

Anuncia el Dr. Oñativia que, fundado en las consideraciones expuestas, someterá a la consideración del Consejo un proyecto de resolución sobre este tema.<sup>19</sup>

El Dr. VALDIVIESO (Chile) expone su opinión en el sentido de que la utilización de los recursos destinados a los hospitales, al menos en su país, no es satisfactoria. Afirma que escasea el personal médico y que se advierte también la falta, a veces en mayor medida, del personal auxiliar; esto último obliga a los médicos a desempeñar funciones subalternas, que podrían delegar en enfermeros o en otra clase de auxiliares cuya formación es menos costosa para el Estado. Apunta que, en otros casos, se hace un aprovechamiento incompleto de los recursos humanos, lo que repercute en el funcionamiento de los servicios.

Coincide con el criterio sustentado por el Representante de la Argentina, según el cual hay que asociar más íntimamente las comunidades a la administración hospitalaria, ya que los hospitales son los encargados de servir a la población y, sin embargo, esta se halla ausente de la organización y funcionamiento de esa clase de establecimientos. Sugiere, por tanto, que se otorgue representación a las poblaciones en los consejos asesores de los directores de hospitales.

Señala su satisfacción al comprobar cómo la Oficina se preocupa por esta clase de problemas, ya que estima de interés que la Organización preste asesoramiento técnico en los diferentes

<sup>19</sup> Véase decimotercera sesión plenaria, pág. 185.

aspectos de los servicios hospitalarios, con el fin de mejorarlos. Agrega que un programa de construcción de hospitales debe formar parte de un plan de salud, y este, a su vez, integrarse en un plan de desarrollo económico. Subraya la importancia que reviste programar adecuadamente la organización de los hospitales a partir del momento de su construcción y manifiesta que el programa de acción de un hospital ha de basarse en las condiciones de la población, la densidad de esta, la prevalencia de determinadas enfermedades, y la situación económica, entre otras. Por eso, reitera su opinión de que es indispensable prestar cada vez un mayor asesoramiento a los países para la planificación adecuada de sus hospitales y para su administración. Resalta que en Chile se procede en la actualidad a elaborar un programa de esta clase, a largo plazo, para el cual se requerirá el asesoramiento técnico adecuado.

El Sr. BURKE (Jamaica) felicita a los que prepararon el documento el cual, a su juicio, es excelente. La Delegación de su país apoya las conclusiones y recomendaciones que aparecen en el mismo, especialmente las conclusiones 2, 3 y 4.<sup>20</sup> Si se establece un departamento especial, espera que se fomente la incorporación de conceptos similares en los planes de estudio de las escuelas de medicina, se promuevan las investigaciones y se estudien los costos del financiamiento de los diversos sistemas, incluso aquellos que comprenderían la participación de instituciones de seguridad social.

En cuanto a la recomendación 5-e, al parecer la "integración técnica de las acciones preventivas y curativas y coordinación administrativa de las diferentes instituciones de salud", sería un requisito previo para hacer una recomendación a una organización internacional. Mientras que posiblemente no sea difícil lograr la coordinación administrativa de las diferentes instituciones de salud, el Sr. Burke considera que la integración técnica de las actividades preventivas y curativas sería muy difícil, y es precisamente esta clase de ayuda la que se solicitaría de las organizaciones internacionales. Este punto merece ser aclarado.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) hace constar que los programas orientados a la restitución de la salud son cada vez más costosos para cualquier administración de salud pública. La necesidad de equipos cada vez más perfeccionados, de personal

médico y técnico cada vez más preparado y diversificado, así como las presiones laborales que obedecen a legítimas aspiraciones, determinan que aumente el volumen de esos gastos en el conjunto de la inversión que hacen los países para llevar a cabo sus programas generales de salud pública. Ello puede tener resultados contraproducentes si repercute desfavorablemente sobre otros programas que pudieran reflejarse con mayor rapidez en la reducción de la mortalidad, en el aumento de la esperanza de vida y en otros factores de dicha naturaleza.

Agrega que entre las posibles soluciones al problema, podría pensarse en que el centro de gravedad de las organizaciones hospitalarias se desplazase de la hospitalización en sí hacia los servicios de consulta externa y atención ambulatoria. Otra solución podría consistir en que una buena jerarquización, dentro de la red general de servicios, impusiera distintos niveles según la complejidad de la organización y funcionamiento de aquellos, a fin de que se atendieran en la periferia todos los casos posibles y sólo llegase a los hospitales, cuyo sostenimiento es más complejo, aquellos casos que realmente deban atenderse a este nivel. Señala, por último, que tal vez haya que ampliar, dentro de los servicios estatales de salud, la posibilidad de recuperación de fondos por servicios prestados. Aun cuando todo lo que ingrese en los servicios del Estado vaya al erario público, debería haber algún tipo de recomendación según la cual lo que los servicios médicos obtengan por este concepto les sea restituido de algún modo.

*Se suspende la sesión a las 5:25 p.m.  
y se reanuda a las 5:55 p.m.*

- Tema 11-A: Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (continuación)**
- 11-B: Financiamiento del programa de erradicación de la malaria en las Américas (continuación)**
- 11-C: Cálculo de los requerimientos para la erradicación de la malaria en las Américas (continuación)**

*Informe del grupo de trabajo*

El PRESIDENTE anuncia que el grupo de trabajo encargado de preparar los proyectos de resolución sobre los temas 11-A, 11-B y 11-C sobre malaria, ha elaborado un informe y los correspondientes

<sup>20</sup> *Ibid.*, pág. 141.

proyectos que serán sometidos a votación del Consejo en la próxima sesión.<sup>21</sup> Invita al Relator del grupo de trabajo, Dr. Blaksley (Argentina) a que dé lectura a dicho documento.

El Dr. BLAKSLEY (Argentina) da lectura al siguiente documento:

El día 5 de octubre de 1965, a las 2:00 p.m., se reunió en la Sala "C" el grupo de trabajo nombrado por el Consejo Directivo en su octava sesión plenaria, integrado por el Dr. Julio C. Blaksley (Argentina); Dr. Achiles Scorzelli, Jr. (Brasil); Dr. Miguel E. Yépez Aschieri (Ecuador); Dr. Alberto Aguilar Rivas (El Salvador); Sr. Leonard M. Board (Estados Unidos de América); Dr. Manuel B. Márquez Escobedo (México), y Dr. Francisco Castillo Rey y Dr. José Luis Aponte-Villegas (Venezuela).

El grupo eligió Presidente al Dr. Miguel E. Yépez Aschieri (Ecuador) y Relator al Dr. Julio C. Blaksley (Argentina).

Después de examinar los documentos sobre el tema y las observaciones formuladas en el curso del debate, el grupo acordó someter a la consideración del Consejo Directivo los siguientes proyectos de resolución:

#### EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el XIII Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento CD16/13);

Teniendo en cuenta los progresos alcanzados, especialmente en los planes de financiación adecuada para varias campañas a partir de 1965;

Teniendo en cuenta los propósitos de las organizaciones internacionales y del Gobierno de los Estados Unidos de América de continuar su colaboración para que las campañas nacionales de erradicación de la malaria puedan proseguir sin tropiezos hasta alcanzar el objetivo final;

Considerando la importancia que representa para el Continente la coordinación de las actividades antimaláricas que llevan a cabo los Gobiernos de Centro América y Panamá, al reconocer el carácter epidemiológico regional del problema;

Teniendo en cuenta las conclusiones de los Seminarios sobre la Misión de los Servicios Generales de Salud en la Erradicación de la Malaria; y

Considerando el Informe de la Primera Reunión del Comité Asesor de la OPS en Erradicación de la Malaria,

#### RESUELVE:

1. Tomar nota del XIII Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento CD16/13).

2. Expresar su satisfacción por el interés continuado de los Gobiernos por erradicar la malaria de sus territorios mediante financiamiento más adecuado de sus campañas.

<sup>21</sup> Véase decimotercera sesión plenaria, pág. 178.

3. Reiterar la necesidad de mayor asistencia técnica y financiera internacional así como la colaboración bilateral ante los problemas biológicos que han surgido.

4. Felicitar a los Gobiernos de Centro América y Panamá por los resultados de la Conferencia de Ministros de Salud de Centro América y Panamá.

5. Tomar nota de las observaciones y conclusiones de los Seminarios sobre la Misión de los Servicios Generales de Salud en la Erradicación de la Malaria y recomendar que sean llevadas a la práctica lo más pronto posible.

6. Tomar nota del Informe de la Primera Reunión del Comité Asesor de la OPS en Erradicación de la Malaria, haciendo votos para que se intensifiquen las investigaciones recomendadas en el referido documento.

7. Agradecer la colaboración prestada a los Gobiernos por la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Gobierno de los Estados Unidos de América, por medio de su Agencia para el Desarrollo Internacional, en el curso de las campañas durante 1964.

#### EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo estudiado el informe sobre el financiamiento futuro del programa de erradicación de la malaria en las Américas, presentado en el Documento CD16/7, y la Resolución III aprobada en la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo;

Teniendo en cuenta la importancia del Fondo Especial de la OPS y de la Cuenta Especial de la OMS, así como de los presupuestos ordinarios de ambas organizaciones en el financiamiento del programa de erradicación de la malaria; y

Reconociendo que el continuo apoyo en la forma de contribuciones voluntarias es de suma importancia para mantener los servicios consultivos que los países necesitan para asegurar la protección de las inversiones ya efectuadas y la satisfactoria prosecución del mencionado programa,

#### RESUELVE:

1. Tomar nota de la Resolución III aprobada por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión, y del informe del Director sobre el financiamiento futuro del programa de erradicación de la malaria en las Américas (Documento CD16/7).

2. Destacar la importancia de las contribuciones voluntarias al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria y a la Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación del Paludismo, así como de reforzar los presupuestos ordinarios de ambas organizaciones en la prosecución del programa para la erradicación de dicha enfermedad en las Américas.

3. Encarecer a los Gobiernos que continúen aportando estas contribuciones al nivel necesario para alcanzar los objetivos del programa.

## EL CONSEJO DIRECTIVO,

Después de examinar el Documento CD16/14 sobre el cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria;

Teniendo en cuenta el esfuerzo creciente de los Gobiernos para erradicar la malaria de sus territorios y que algunos están decididos a negociar préstamos externos para tal finalidad;

Habida cuenta de que el Comité Asesor de la OPS en Erradicación de la Malaria al comentar el cálculo de los requerimientos lo consideró como mínimo, a la luz de los conocimientos existentes; y

Considerando la necesidad que tiene la Oficina Sanitaria Panamericana de contar con mayor número de especialistas para prestar asistencia adecuada a las campañas y para intensificar las investigaciones sobre los problemas existentes,

## RESUELVE:

1. Tomar nota de las cantidades que se estiman necesarias para los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria.

2. Expresar a los Gobiernos su profunda satisfacción por el esfuerzo económico que están realizando para proveer las campañas de los recursos necesarios para proseguir la lucha.

3. Felicitar al Gobierno de los Estados Unidos de América por las facilidades ofrecidas, por intermedio del programa de la Alianza para el Progreso, en la concesión de préstamos, en condiciones bastante favorables, para aquellos Gobiernos que así lo soliciten para el seguimiento de sus campañas.

4. Recomendar a los Gobiernos que tengan muy en cuenta la Declaración suscrita por los Ministros de Salud de Centro América y Panamá, en la Conferencia realizada en Washington, D. C., el 28 y 29 de abril de 1965, por cuanto se aplica a todas las campañas de erradicación de la malaria.

5. Recomendar que los Gobiernos cooperen con la Oficina Sanitaria Panamericana facilitando los especialistas requeridos por la misma para intensificar su asistencia técnica al programa de erradicación de la malaria del Continente.

6. Recomendar a la Oficina que prosiga sus gestiones con los organismos de crédito internacional con el objeto de que incluyan en su política el financiamiento de los programas de erradicación de la malaria, mediante préstamos a largo plazo y bajo interés.

El PRESIDENTE anuncia que el informe presentado será distribuido para ser sometido a votación, en la siguiente sesión.<sup>22</sup> Indica que también terminó un informe el grupo de trabajo creado para

estudiar el proyecto de resolución relativo al tema 26 (Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud), pero que, encontrándose ausente el Relator, dicho informe será sometido a la consideración del Consejo en la próxima sesión, e igual sucede con el informe del grupo de trabajo designado para estudiar el proyecto de resolución sobre la erradicación de la viruela (tema 27).

**Tema 12: Planificación de hospitales y otros servicios de salud (continuación)**

El PRESIDENTE invita al Dr. Flisfisch a que aclare al Representante de Jamaica algunos puntos del documento relativo a este tema, con el fin de que quede constancia en las actas de estas precisiones.

El Dr. FLISFISCH (Asesor Especial, OSP) señala que la duda expresada por el Representante de Jamaica concierne a la letra (e) del punto 5 de las conclusiones del Comité Asesor.<sup>23</sup> Dicho punto 5 enumera los requisitos mínimos para recomendar los criterios de prioridad relativos a la aprobación de las solicitudes de los países, y, el inciso (e) se refiere a la integración técnica de las acciones preventivas y curativas y a la coordinación administrativa de las diferentes instituciones de salud. Agrega que, al revisar el texto en inglés, se usó la palabra *will* en vez de la expresión *might be*, de donde cree el Dr. Flisfisch que provino la confusión del Representante de Jamaica.

**Tema 14: Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede**

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP) indica que la Oficina agradece al Subcomité Permanente de Edificios y Obras su valiosa ayuda y orientación durante la fase de construcción del nuevo edificio de la Sede. Pide que, como ha sido costumbre en reuniones anteriores del Consejo Directivo, el Presidente del Subcomité Permanente, Sr. Paul J. Byrnes (Estados Unidos de América), rinda este informe antes de la presentación del Documento CD16/21.

El Sr. BYRNES (Presidente, Subcomité Permanente de Edificios y Obras) dice que durante la presente Reunión ha estado escuchando los numerosos

<sup>22</sup> Véase decimotercera sesión plenaria, pág. 178.

<sup>23</sup> *Publicación Científica de la OPS* 129, 142.

elogios dirigidos a los responsables del nuevo edificio de la Sede, pero aclara que él ha estado sólo asociado con el Subcomité durante un breve período. Sus predecesores han sufrido con entereza, durante muchos años, junto con la Secretaría, la diaria frustración que supone el llevar a término un edificio de este tipo. Como último hombre en la carrera, cruzando la meta con el relevo en la mano, él a su vez agradece a los que han marchado antes.

También desea expresar su agradecimiento a sus colegas del Subcomité, Sr. Regis Novaes de Oliveira, de Brasil, que no pudo estar presente en la Reunión, y Sr. Francisco Borrego, de México, que recientemente fue asignado a un puesto fuera de los Estados Unidos de América. Se espera que en breve habrá una persona en sustitución del Sr. Borrego.

Después que el Dr. Portner haya concluido su informe detallado, el Sr. Byrnes se despojará de su investidura de miembro del Subcomité Permanente de Edificios y Obras y adoptará la de Representante del Gobierno de su país para proponer una resolución respecto a la forma de disponer del excedente de los fondos para la construcción.

El Subcomité es de carácter permanente, y el Sr. Byrnes confía en que trabajará con el Director y con su muy competente personal para hacer frente a los problemas que pudieran plantearse en el uso futuro del nuevo edificio.

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP) presenta el Documento CD16/21.<sup>24</sup> Indica que como es la primera vez que esta reunión del Consejo Directivo se celebra en el nuevo edificio de la Sede, los Representantes han tenido la oportunidad de apreciar mejor las características del edificio, su estructura e instalaciones.

Sesenta y tres años de esfuerzo y planificación de un edificio para la Sede permanente de la Organización Panamericana de la Salud—dice—culminaron en agosto con la ocupación del nuevo edificio de la Sede por los miembros del personal de la Oficina y con la ceremonia de dedicación de la semana anterior.

Manifiesta que después de un decenio de negociaciones, el Presidente de los Estados Unidos de América firmó la disposición reglamentaria por la que se autorizó la donación del lote actual. Además, se obtuvieron préstamos de la Fundación W. K. Kellogg que, junto con el producto del Fondo de Reserva para Edificios y el obtenido con la venta

de los dos edificios de la Avenida New Hampshire, N. W., números 1501 y 1515, han hecho posible la construcción del nuevo edificio.

De los EUA\$6,6 millones reunidos mediante el donativo de la Fundación Kellogg, el producto de la venta de sus dos edificios al Consejo de Educación de los Estados Unidos y el dinero que inicialmente había en el Fondo de Reserva para Edificios, quedarán entre EUA\$300.000 y EUA\$350.000 cuando se hayan cubierto las últimas obligaciones. Por tanto, es adecuado hacer planes para utilizar ese dinero en el programa fundamental de la Organización.

La estructura del nuevo edificio, como es sabido, se ha basado en el proyecto del Arq. Román Fresnedo Siri, del Uruguay, a quien se le concedió el primer premio en un concurso continental. Con su ayuda se decidirán las obras de escultura, pintura y tapicería que, entre las donadas por los Gobiernos, mejor podrían convenir para el embellecimiento del interior del edificio. El 7 de junio de 1965 se envió una carta circular en la que se indican las especificaciones convenidas. Ocho Gobiernos, una persona a título individual y una asociación comercial han hecho ofertas de objetos de arte. Estas y todas las ofertas futuras serán consideradas por el Subcomité Permanente y el Director, con el asesoramiento de expertos.

Para concluir, el Dr. Portner hace una breve relación de las transacciones de propiedad que han tenido lugar en cuatro de las instalaciones de campo de la Oficina.

El Sr. LUTCHMAN (Trinidad y Tabago) da las gracias a la Oficina por el informe presentado. Dice que los representantes convendrán en que la Reunión ha sido dominada físicamente por el nuevo edificio de la Sede de la OPS y que ha tenido gran placer en asistir diariamente y apreciar sus bellezas funcionales.

Si los economistas pueden decir que la prosperidad es indivisible, cuánto más es cierto esto respecto de la salud. La enfermedad y el sufrimiento no reconocen fronteras nacionales. El edificio de la Sede, debido al campo de actividades con que está relacionado, pertenece en forma muy especial a todos los habitantes de este Continente. Manifiesta que le es grato anunciar que el Gabinete de Trinidad y Tabago ha designado un grupo para seleccionar una obra de arte que contribuya a embellecer al edificio si es que, realmente, eso es posible, y el Sr. Lutchman confía en que pronto esa obra ocupará

<sup>24</sup> Véase Anexo 14, págs. 447-450.

su lugar junto con las de otros países del Hemisferio, como símbolo del orgullo que siente su país por la nueva Sede y por ser miembro de la Organización.

Seguidamente manifiesta que su Delegación desea proponer el siguiente proyecto de resolución:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la construcción del nuevo edificio de la Sede y la venta de los inmuebles propiedad de la Organización (Documento CD16/21); y

Enterado de las gestiones realizadas cerca de los Gobiernos sobre los donativos de objetos de arte,

RESUELVE:

1. Expresar su agradecimiento al Gobierno de los Estados Unidos de América por haber facilitado el solar del edificio de la Sede y a la Fundación W. K. Kellogg por su donación que ha permitido construir dicho edificio.

2. Manifiestar asimismo su agradecimiento al Presidente y a los miembros del Subcomité Permanente de Edificios y Obras por su valiosa asistencia en la prosecución de todas las actividades relacionadas con la construcción del nuevo edificio de la Sede y la venta de los inmuebles sitios en la Avenida New Hampshire, N. W., números 1501 y 1515, en Washington, D. C.

3. Agradecer al Director y al personal de la Oficina todos sus esfuerzos en relación con la construcción del nuevo edificio de la Sede y la venta de los mencionados inmuebles.

4. Tomar nota de los locales adquiridos o alquilados para los servicios de campo.

5. Encomendar al Director que informe al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo, en sus futuras reuniones, acerca de los donativos de objetos de arte que reciba la Organización para el nuevo edificio de la Sede.

6. Encarecer al Subcomité Permanente de Edificios y Obras que continúe cooperando con el Director en todas las cuestiones relativas a las instalaciones del edificio de la Sede.

El Sr. BYRNES (Estados Unidos de América) hace referencia a la declaración del Dr. Portner de que los fondos excedentes de la construcción del edificio serán de EUA\$300.000 a EUA\$350.000, y dice que todos convendrán en que no debe permitirse que esos fondos queden inactivos cuando las necesidades son tan grandes y otros fondos son tan limitados. Su Delegación desea sugerir que se autorice al Comité Ejecutivo a transferir ese dinero al Fondo Especial para el Fomento de la Salud y, por tanto, propone el siguiente proyecto de resolución:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo en cuenta que en el acuerdo con la Fundación W. K. Kellogg y en la Resolución XVI adoptada en la XIII Reunión del Consejo Directivo, autorizando la

creación del Fondo Especial para el Fomento de la Salud, se previó la posibilidad de asignar al mencionado Fondo cantidades mayores que las requeridas en virtud del citado acuerdo; y

Teniendo en cuenta que en el Fondo de Reserva para Edificios quedará indudablemente un saldo que podría utilizarse para las actividades del programa,

RESUELVE:

Autorizar aportaciones del Fondo de Reserva para Edificios al Fondo Especial para el Fomento de la Salud, en las condiciones y cantidades que apruebe el Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE anuncia que los proyectos de resolución leídos por el Representante de Trinidad y Tabago y por el Representante de los Estados Unidos de América serán sometidos a la aprobación del Consejo en la próxima sesión.<sup>25</sup>

El Dr. AGUILAR HERRERA (Guatemala) felicita al Subcomité Permanente de Edificios y Obras por la labor realizada, que ha culminado en la terminación del edificio de la Organización, y anuncia que otorgará su voto favorable a los proyectos de resolución presentados por los Representantes de Trinidad y Tabago y de los Estados Unidos de América. Hace constar que el Gobierno de Guatemala se propone ofrecer una obra de arte para que, junto con las que han sido donadas por otros países del Continente, sirva de ornato de la nueva casa.

#### **Tema 21: Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas**

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) presenta el Documento CD16/4<sup>26</sup> y señala que en el Artículo 7 del Reglamento relativo a las Discusiones Técnicas a desarrollarse durante las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana y del Consejo Directivo, se dispone lo siguiente: "La selección del tema o temas de las Discusiones Técnicas se efectuará, cada año, en la correspondiente reunión de la Conferencia o del Consejo, para la próxima reunión de cualquiera de estos Cuerpos Directivos. Los Gobiernos Miembros y el Director de la Oficina podrán proponer temas antes de dichas reuniones o en el curso de las mismas. Tanto la Conferencia como el Consejo podrán delegar en el Comité Ejecutivo la selección de los temas".

<sup>25</sup> Véase decimotercera sesión plenaria, pág. 186.

<sup>26</sup> Documento mimeografiado.



En el documento que se presenta se informa sobre los temas seleccionados para las Discusiones Técnicas celebradas, desde 1951, en las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, del Consejo Directivo y de la Asamblea Mundial de la Salud, los que aparecen como anexos del documento.

Hace constar que, como ni en el Artículo 7 del Reglamento de las Discusiones Técnicas ni en ningún otro de esos artículos, se indica el procedimiento para seleccionar los temas a discutir, el Director propuso a la Comisión General que decidiera cómo se debería proceder en la selección del tema para la próxima Conferencia, ya que algunas Delegaciones habían opinado, en forma no oficial, que con el sistema seguido en años anteriores no se daba la debida consideración a todos los temas. La Comisión General decidió que en esta ocasión se formara un grupo de trabajo que se

encargaría de estudiar todos los temas y de escoger tres de ellos para ser presentados al Consejo, el cual seleccionaría uno de ellos en una sola votación y por simple mayoría. La Secretaría ya ha recibido proposiciones oficiales de temas de una Delegación. Estos temas y los demás que se presenten serán transmitidos a los miembros del grupo de trabajo, en el caso de que se establezca.

El PRESIDENTE aclara que, si hay más de tres proposiciones o temas diferentes propuestos por los Representantes, se nombrará un grupo de trabajo para que reduzca el número de temas a tres, sobre los cuales votará el Consejo. Si el número de temas fuera de tres o menor de tres, se votará sobre ellos directamente, preescindiendo del grupo de trabajo, en forma tal que el que reciba mayoría de votos será el tema escogido para la próxima reunión.

*Se levanta la sesión a las 6:25 p.m.*

### DECIMOTERCERA SESION PLENARIA

*Miércoles, 6 de octubre de 1965, a las 9:30 a.m.*

*Presidente: Dr. RAYMUNDO DE BRITTO (Brasil)*

**Tema 11-A: Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (conclusión)**

**11-B: Financiamiento del programa de erradicación de la malaria en las Américas (conclusión)**

**11-C: Cálculo de los requerimientos para la erradicación de la malaria en las Américas (conclusión)**

*Informe del grupo de trabajo*

El PRESIDENTE abre la sesión y anuncia que, como el informe del grupo de trabajo sobre la erradicación de la malaria ya ha sido leído en la duodécima sesión plenaria,<sup>1</sup> va a procederse a la votación correspondiente.

*Decisión:* Por 18 votos a favor, ninguno en contra y 6 abstenciones se aprueba el informe del grupo de trabajo sobre los temas 11-A,

<sup>1</sup> Véase págs. 173-175.

11-B y 11-C del programa, con las tres resoluciones que contiene.<sup>2</sup>

**Tema 27: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas (continuación)**

*Informe del grupo de trabajo*

El Dr. BLAKSLEY (Argentina) da lectura al informe del grupo de trabajo sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas, cuyo texto dice así:

El día 4 de octubre de 1965, a las 6:00 p.m., se reunió en la Sala "D" el grupo de trabajo nombrado por el Consejo Directivo en su novena sesión plenaria, integrado por el Dr. Julio C. Blaksley (Argentina); Dr. Daniel Alonso Menéndez (Cuba); Dr. Charles L. Williams, Jr. y Sr. Leonard M. Board (Estados Unidos de América); Dr. Alfonso Boniche Vásquez (Nicaragua); Dr. Claudio L. Prieto (Paraguay), y Dr. Carlos Quirós Salinas (Perú).

<sup>2</sup> Resoluciones XVI, XVII y XVIII. *Documento Oficial de la OPS 66, 21-24.*

El grupo eligió Presidente al Dr. Claudio L. Prieto (Paraguay) y Relator al Dr. Julio C. Blaksley (Argentina).

Después de examinar el informe presentado por el Director sobre el tema, los proyectos de resolución presentados por las Delegaciones de Argentina, Estados Unidos de América, Panamá y Paraguay, y las observaciones formuladas en el curso del debate, el grupo de trabajo acordó proponer el siguiente proyecto de resolución:

**EL CONSEJO DIRECTIVO,**

Visto el informe sobre el estado actual del programa de erradicación de la viruela en las Américas presentado por el Director (Documento CD16/29);

Teniendo en cuenta las resoluciones sobre dicha erradicación, adoptadas en las XIII, XIV, XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas, así como por el propio Consejo, en especial la Resolución XLI de su XV Reunión;

Considerando que la viruela puede ser erradicada y que para ello se dispone de técnicas y medios de eficacia comprobada; y

Teniendo en cuenta la Resolución WHA18.38 de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, en la que se declara que la erradicación mundial de la viruela es uno de los objetivos principales de la OMS,

**RESUELVE:**

1. Declarar la erradicación de la viruela en las Américas como uno de los principales objetivos de la Organización Panamericana de la Salud.

2. Reiterar y confirmar las anteriores resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización en el sentido de que la viruela debe ser erradicada en el Continente a la mayor brevedad.

3. Recordar a los Gobiernos que la organización y ejecución de programas nacionales de vacunación antivariólica es una obligación específica de ellos.

4. Recomendar a los Gobiernos que, paralelamente con el desarrollo de programas intensivos de vacunación, organicen actividades destinadas a mantener altos niveles de inmunidad en las poblaciones, y que en los países donde el programa de erradicación se ha cumplido, pero que no han puesto en marcha las operaciones de mantenimiento, las inicien a la brevedad posible.

5. Instar a los Gobiernos de los países en donde no hay viruela y en donde el nivel de protección de la población general contra la enfermedad es bajo, a que pongan en marcha, por los medios que en cada caso se considere apropiado, un programa destinado a elevar rápidamente el porcentaje de población vacunada contra la viruela.

6. Instar a los Gobiernos a que organicen un servicio de vigilancia epidemiológica para el descubrimiento precoz de los casos sospechosos de viruela y para evitar la propagación de la enfermedad; dentro de este propósito, recomendar a los Gobiernos que tomen medidas

especiales para la confirmación por el método clínico, el laboratorio y la investigación epidemiológica de los casos sospechosos de viruela que ocurran en sus territorios.

7. Solicitar que el Director de la Oficina prepare una estimación sobre los recursos financieros y de otro orden necesarios para la erradicación de la viruela por parte de los diversos países así como de la Organización, y que presente dicha estimación a la 54ª Reunión del Comité Ejecutivo y a la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.

8. Reiterar a la Oficina Sanitaria Panamericana que continúe coordinando los programas nacionales de vacunación antivariólica y que preste la asistencia necesaria a estos para su éxito, incluyendo ya sea asesoría técnica en la planificación, ejecución, investigación y entrenamiento de personal, así como la provisión de vacunas, materiales y equipos y determinados gastos locales cuando sea necesario.

9. Instar al Director de la OSP a que colabore con los Gobiernos en las gestiones que se lleven a cabo para la obtención de cooperación económica y material para sus programas nacionales.

10. Pedir a los Gobiernos que, además de vacuna antivariólica, aporten recursos económicos y materiales, y especialistas, a los programas nacionales de otros países del Continente que los necesiten, ya sea en forma directa o a través de la OSP.

11. Expresar su reconocimiento a los países del Continente que en forma generosa han contribuido con vacuna antivariólica a los países que la necesitan y no la produzcan en cantidad suficiente.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) advierte que, en el texto inglés, en el último párrafo de la parte expositiva del proyecto de resolución se dice "Resolution XHA18.38" en lugar de "Resolution WHA18.38", y que además se han omitido las palabras "of the Eighteenth World Health Assembly", que figuran en el texto español.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) elogia el documento presentado, así como la labor del grupo de trabajo, y señala que en el párrafo 6 de la parte dispositiva la frase "Instar a los Gobiernos a que organicen un servicio de vigilancia epidemiológica", parece, a su juicio, dar la impresión de que los servicios de vigilancia epidemiológica deben organizarse en relación con determinados programas y que pueden ser tantos como programas de esta clase haya en un determinado país. Considera que lo primero que toda administración sanitaria ha de hacer es organizar un servicio de información epidemiológica. En consecuencia, sugiere que el referido párrafo 6 quede redactado en los términos

siguientes: "Instar a los Gobiernos a que intensifiquen los servicios de vigilancia epidemiológica con vistas al descubrimiento e investigación precoces de los casos sospechosos de viruela y para evitar la propagación de la enfermedad". En cuanto al resto del párrafo, estima que no requiere modificación alguna.

El Dr. NICHOLSON (Reino Unido) propone que en el párrafo 10 de la parte dispositiva del proyecto de resolución, la expresión "Pedir a los Gobiernos que, además de vacuna antivariólica, aporten . . ." se sustituya por "Pedir a los Gobiernos que estén en situación de hacerlo que, además de vacuna antivariólica, aporten . . .".

El Dr. QUIRÓS (Perú) encuentra muy atinada la observación formulada por el Dr. Castillo Rey y añade que la Delegación de su país acepta sin reservas la modificación que propone.

El Dr. BLAKSLEY (Argentina) acepta asimismo la sugerencia del Representante de Venezuela.

El PRESIDENTE anuncia que las enmiendas propuestas van a ser presentadas por escrito, al objeto de someter a votación el texto definitivo.<sup>3</sup>

**Tema 26: Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de la seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud (conclusión)**

*Informe del grupo de trabajo*

El Dr. FERREIRA (Brasil) da lectura al informe del grupo de trabajo sobre este tema, cuyo texto dice así:

En cumplimiento del acuerdo adoptado por la octava sesión plenaria del Consejo Directivo, celebrada el sábado, 2 de octubre, el día 5 de octubre a las 2:00 p.m. se constituyó en la Sala "B" el grupo de trabajo compuesto por los siguientes miembros: Dr. Manoel José Ferreira (Brasil); Ing. Edison Rivera (Costa Rica); Dr. Ramón Valdivieso (Chile); Dr. Pedro Daniel Martínez (México), y Dr. Alberto E. Calvo (Panamá).

Los Representantes de Chile y Costa Rica se excusaron por no poder estar presentes e hicieron conocer sus opiniones a través de otros miembros del grupo. Fue elegido Presidente el Dr. Pedro Daniel Martínez (México) y Relator el Dr. Manoel José Ferreira (Brasil).

<sup>3</sup> Véase decimoquinta sesión plenaria, pág. 202.

El grupo revisó cuidadosamente el proyecto de resolución propuesto por la Delegación de Panamá<sup>4</sup> y después de introducirle numerosas modificaciones acordó por unanimidad proponer a la consideración del Consejo el siguiente proyecto de resolución:

**EL CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el informe final del Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica en la América Latina, con especial énfasis en las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de la seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud (Documento CD16/25);

Teniendo presente que el goce del grado máximo de salud es un derecho de todo ser humano, sin ninguna discriminación, derecho que debe ser garantizado por el Estado a través de la organización o promoción de un sistema de servicios de protección, fomento y recuperación de la salud;

Aceptando que los servicios gubernamentales de salud y los servicios médicos de la seguridad social se complementan; y

Reconociendo que las técnicas de la planificación del desarrollo económico y del progreso social obligan a los países a una utilización racional de su capacidad instalada y a una programación metódica y coordinada del desarrollo de sus recursos humanos y materiales,

**RESUELVE:**

1. Tomar nota del informe final del Grupo de Estudio.
2. Agradecer al Director de la Oficina y a los Miembros del Grupo el acabado análisis del problema en estudio, como asimismo a la Organización de los Estados Americanos su eficaz cooperación.
3. Confirmar su resolución anterior en el sentido de que este informe sea transmitido a los Gobiernos con un requerimiento para la aplicación progresiva de sus recomendaciones tendientes a obtener mecanismos de coordinación entre los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social, poniendo énfasis en la necesidad de practicar una encuesta para medir la verdadera magnitud y características del problema.
4. Recomendar a los Gobiernos que en la planificación nacional de todo el sector salud participen las instituciones de seguridad social y todos aquellos organismos públicos o privados que realizan actividades de salud.
5. Recomendar al Director de la Oficina que:
  - a) Realice estudios, difunda información y ofrezca asesoría a los Gobiernos sobre la forma de alcanzar el mayor grado posible de coordinación entre los Ministerios de Salud y las instituciones autónomas, semiautónomas y privadas que desarrollan actividades relacionadas con la salud.
  - b) Auspicie y promueva, en colaboración con los organismos nacionales e internacionales interesados, la

<sup>4</sup> Véase octava sesión plenaria, pág. 112.

realización de programas educativos dirigidos a la formación de una doctrina común en la administración de las prestaciones médicas.

c) A través de los Gobiernos respectivos, contribuya a la divulgación de los conceptos modernos del cuidado de la salud entre los grupos laborales y comunitarios locales a fin de asegurar el desarrollo de una actitud favorable a la coordinación.

d) Promueva reuniones conjuntas en que participen tanto dirigentes médicos como otros altos funcionarios de los Ministerios de Salud y de las instituciones de seguridad social de los Países Miembros a fin de estimular la coordinación ya mencionada.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) sugiere dos modificaciones de menor importancia en el texto inglés del segundo párrafo de la parte expositiva del proyecto de resolución, a fin de ajustarlo mejor a ciertos aspectos prácticos. En lugar de decir: *Bearing in mind that the enjoyment of the highest attainable standard of health is the right of all human beings without distinction*, propone que diga *Bearing in mind that the opportunity to enjoy the highest attainable standard of health is a right. . . .*

A su juicio, el derecho a gozar del grado máximo de salud es algo que no se puede garantizar, ya que en ello intervienen muchos factores de carácter físico, médico y de otra naturaleza.

El PRESIDENTE somete a votación la enmienda al texto inglés presentada por el Representante de los Estados Unidos de América.

*Decisión:* Por unanimidad queda aprobada la enmienda propuesta.

El PRESIDENTE anuncia que se va a proceder a la votación del proyecto de resolución con la enmienda aprobada.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución, con la enmienda propuesta por la Delegación de los Estados Unidos de América.<sup>5</sup>

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) señala que en el párrafo tercero de la parte dispositiva de la resolución se indica la necesidad de efectuar una encuesta que permita medir la verdadera magnitud y características del problema en cuestión. Agrega que, como la Oficina se propone enviar a los Gobiernos, muy en breve, una comunicación sobre esta encuesta, los invita a conceder las facilidades

necesarias para que la OSP pueda llevar a cabo esta tarea según las líneas establecidas por el grupo de estudio en el informe que sirvió de base para el debate de este tema.

Manifiesta que, a fin de poder organizar debidamente la referida encuesta, conviene saber cuántos Gobiernos van a cooperar en ella, para que la Oficina adopte las medidas pertinentes.

El Dr. ESQUIVEL (Panamá) ofrece al Director la colaboración necesaria para que Panamá sea el primer país en el que se lleve a cabo dicha encuesta. Hace constar que la Delegación de Panamá ha sido la única en la que figura un miembro de la institución encargada de la seguridad social, institución que está dispuesta a que la encuesta se lleve a cabo lo más rápidamente posible. Agrega que si dicha encuesta se inicia con éxito, los demás países abrirán sus puertas inmediatamente para realizarla.

El Dr. MARTÍNEZ (México) sugiere al Director que cada vez que se precise obtener la colaboración de los sistemas de seguridad social, aquella se solicite explícitamente por el conducto regular de los Ministerios de Salud. Si en la Delegación de México no ha figurado ningún representante de las instituciones de seguridad social, ello se debe simplemente a que dichas instituciones no recibieron invitación alguna de la Oficina. Informa que en el caso de su país tal invitación fue hecha por la Secretaría de Salubridad y Asistencia de su país, pero independientemente de la Oficina, y como no fue acogida con entera satisfacción, no se designaron representantes.

El Dr. QUIRÓS (Perú) solicita que se conceda preferencia al estudio del financiamiento de los sistemas de seguridad social, considerando su conveniencia o inconveniencia, con vistas a corregir una serie de situaciones desfavorables a que aludió durante el debate desarrollado sobre este tema.

### **Tema 13: Estado de los planes nacionales de salud (conclusión)**

#### *Informe del grupo de trabajo*

El Dr. AGUILAR HERRERA (Guatemala) da lectura al informe del grupo de trabajo sobre este tema, cuyo texto dice así:

El grupo de trabajo sobre el estado de los planes nacionales de salud, integrado por los Representantes de

<sup>5</sup> Resolución XIX. Documento Oficial de la OPS 66, 24-26.

Chile, El Salvador, Guatemala y Haití, se reunió el 5 de octubre de 1965 bajo la presidencia del Dr. Orlando Aguilar Herrera (Guatemala).

El grupo de trabajo somete a la consideración del Consejo Directivo el siguiente proyecto de resolución:

**EL CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el informe del Director sobre el estado de los planes nacionales de salud (Documento CD16/15), el informe final del Grupo de Estudio sobre Planificación de Salud y el Informe de las Discusiones Técnicas sobre Planificación Sanitaria, de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, que acompañan al informe del Director;

Reconociendo la importancia de la planificación sistemática en materia de salud, dentro de la estructura de los planes nacionales de desarrollo económico y social; y

Reconociendo la necesidad, expuesta en el informe final del Grupo de Estudio sobre Planificación de Salud, de establecer una firme base institucional para la colaboración que la Organización presta a los Gobiernos en esta materia,

**RESUELVE:**

1. Felicitar al Director por el detallado informe presentado, en el cual pueden apreciarse en términos generales los progresos logrados en la planificación de salud durante el período transcurrido desde la XV Reunión del Consejo Directivo.

2. Recomendar al Director:

a) Que la Organización continúe e intensifique su asistencia a los Gobiernos en las actividades que en cada caso se consideren necesarias para proseguir el proceso de planificación en salud.

b) Que la Organización continúe su labor de fomento de las investigaciones a fin de mejorar la teoría y la práctica de la metodología de la planificación y el intercambio internacional de información sobre los resultados de dichas investigaciones.

c) Que estudie la conveniencia de establecer un Centro Panamericano de Planificación de Salud como el núcleo principal de estas actividades en el Hemisferio y, si es el caso, que explore las posibles fuentes de asistencia financiera para el mismo.

d) Que, de acuerdo con la situación existente en cada país, se dirija a los Gobiernos solicitándoles el apoyo decidido a los planes nacionales de salud.

e) Que informe el próximo año a la Conferencia Sanitaria Panamericana sobre la labor que realice y los nuevos progresos que se logren en el campo de la planificación.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución propuesto por el grupo de trabajo.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Resolución XX. Documento Oficial de la OPS 66, 26-27.

El Ing. RIVERA (Costa Rica) se refiere al apartado e) de la resolución que se acaba de aprobar, e indica la conveniencia de que el informe que la Oficina ha de enviar a la próxima Conferencia sea bastante extenso, más amplio de lo que se ha planeado y que, a ser posible, sirva para dar una idea acerca de la evaluación de la propia planificación realizada, a fin de saber cómo va progresando dicho proceso, que es realmente lo que más interesa.

El Dr. QUIRÓS (Perú) alude al apartado c), en el que se recomienda la creación de un Centro Panamericano de Planificación de Salud, y anuncia que el Gobierno de su país vería con mucho interés que el Centro fijara su sede en Lima, Perú, a cuyo fin ofrecerá toda clase de facilidades.

**Tema 22: La política y el programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (conclusión)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación de los Estados Unidos de América*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al siguiente proyecto de resolución sobre este tema, presentado por la Delegación de los Estados Unidos de América:

**EL CONSEJO DIRECTIVO,**

Habiendo examinado el informe del Director sobre la política y el programa de investigaciones de la Organización (Documento CD16/20), el informe de la Cuarta Reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas (Documento CD16/20, Anexo I) y el programa actual de investigaciones cooperativas de la OPS (Subvenciones en consideración) (Documento CD16/20, Anexo II);

Teniendo en cuenta los progresos realizados en las actividades de la Investigación Interamericana sobre Mortalidad y en los estudios sobre la enfermedad de Chagas, el tifus epidémico, el bocio endémico, las anemias nutricionales, la malaria, la resistencia de los mosquitos a los insecticidas y en los proyectos sobre radiaciones e isótopos, así como en la labor de investigación del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, y del Centro Panamericano de Zoonosis;

Considerando que entre los nuevos estudios principales figuran la política en materia de investigaciones biomédicas de la Región, las investigaciones de salud pública en la Argentina, la dinámica de la población y la demografía médica, los centros de adiestramiento de profesores e investigadores, los factores ambientales que determinan el bienestar de la comunidad, la influencia de la malnutrición en el desarrollo mental, las privaciones en el

desarrollo psicobiológico y, como parte de un gran esfuerzo encaminado a mejorar las bibliotecas médicas en las Américas, el proyecto de creación de una biblioteca regional en este campo;

Teniendo presente que todo el programa sigue la política establecida en la Resolución XXVI de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana;

Observando con satisfacción que el Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas continúa muy interesado en el programa de investigaciones de la OPS, ofreciendo asesoramiento oportuno y acertado sobre proyectos específicos y sobre el programa en su conjunto, incluso en relación con el orden de prioridad de las investigaciones biomédicas, biosociales y biosanitarias, y sobre los principales problemas regionales de salud del individuo y de la comunidad; y

Observando igualmente con agrado el incremento de los fondos y de las fuentes de ayuda voluntarias y públicas, así como la eficacia administrativa de la planificación y coordinación de las investigaciones de la OPS, en general, que se reflejan en el hecho de haberse ampliado considerablemente el programa, desde la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, sin aumentar el presupuesto administrativo,

#### RESUELVE:

1. Felicitar al Director, al Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas y al personal de la Oficina por la amplitud, equilibrio y vitalidad del programa de investigaciones.

2. Tomar nota con satisfacción de la colaboración que, en materia de investigaciones y adiestramiento en cuestiones de dinámica de la población, así como en otros campos, vienen prestando la OPS y la OMS en el desarrollo de un programa coordinado para las Américas (de conformidad con la Resolución XXXI de la XV Reunión del Consejo Directivo y la Resolución WHA18.49 de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud) encaminado hacia una armoniosa integración de los aspectos de salud, crecimiento de la población y desarrollo de la comunidad, en los esfuerzos nacionales por elevar el nivel de vida de las poblaciones de toda la Región.

3. Dar su aprobación a la importancia de que son objeto: a) los programas y las investigaciones para determinar las necesidades presentes y futuras en las Américas, tanto en lo que se refiere a médicos y otros profesionales, como en lo que concierne a personal paramédico y auxiliar, y b) el programa de creación de centros panamericanos de adiestramiento de profesores e investigadores con el fin de atender la grave escasez de profesores e investigadores calificados en varias ciencias médicas, profesionales de otros campos afines y personal paramédico y auxiliar dedicado a actividades de higiene industrial, profesional y ambiental.

4. Tomar nota con satisfacción de las recomendaciones del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas formu-

ladas al Director en cuanto a la política de investigaciones biomédicas en la Región, en el sentido de que las universidades favorezcan "una corriente de opinión que permita comprender que las investigaciones científicas forman parte de la vida cultural de la comunidad", y que los Ministerios de Salud, lo mismo que los de Educación, promuevan y apoyen las investigaciones y los programas de enseñanza superior proyectados para que contribuyan a la solución de los problemas de salud y de desarrollo de la comunidad.

5. Reafirmar lo dispuesto en el párrafo 5 de la Resolución XXXI, adoptada en la XV Reunión del Consejo Directivo (1964), encareciendo a los Gobiernos que en la medida que permitan sus recursos, estudien la posibilidad de constituir un fondo permanente nacional destinado a la investigación de los problemas de salud pública, y felicitar a la Argentina por su iniciativa a este respecto.

El Dr. QUIRÓS (Perú) refiriéndose a la preparación del personal especializado en higiene industrial, señala que en su país existe desde hace bastantes años un Instituto de Salud Ocupacional, en el cual se han adiestrado muchos especialistas del Continente, y dice que vería con mucho agrado que se siguieran utilizando los servicios de dicho Instituto.

Por otra parte, el Dr. Quirós propone que se agregue un sexto párrafo a la parte dispositiva, como sigue: "Solicitar al Director de la OSP que preste asesoría técnica, a solicitud de los Gobiernos, en la organización de Comisiones Nacionales de Investigación Científica y Técnica".

El PRESIDENTE somete a votación la adición propuesta por la Delegación del Perú.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba la adición propuesta por la Delegación del Perú.

El PRESIDENTE somete a votación el proyecto de resolución presentado por la Delegación de los Estados Unidos de América, con la adición aprobada.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución, con dicha adición.<sup>7</sup>

#### **Tema 16: Organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana (conclusión)**

##### *Proyecto de resolución presentado por la Delegación del Ecuador*

El Dr. SUTER (Subdirector, OSP), después de referirse a la discusión de este tema,<sup>8</sup> da lectura al proyecto de resolución presentado, cuyo texto dice así:

<sup>7</sup> Resolución XXI. *Documento Oficial de la OPS* 66, 27-29.

<sup>8</sup> Véase undécima y duodécima sesiones plenarias, págs. 158 y 165.

## EL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo en cuenta el informe preliminar presentado al Comité Ejecutivo (Documento CE52/13) y su Addendum, "Estudio de la Organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana" (Documento CD15/26), al que acompañan las comunicaciones remitidas por los Gobiernos en relación a dicho asunto; y

Teniendo en cuenta la recomendación formulada por el Comité Ejecutivo en su informe (Documento CE52/22),

## RESUELVE:

1. Recomendar al Director que mantenga en la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana la estructura general establecida en las reuniones anteriores, pero tomando muy en cuenta las sugerencias formuladas por los Gobiernos en cuanto a organización y trabajo de las Comisiones principales.

2. Recomendar al Director que estudie los costos de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana en función de su organización, con el fin de dar con un mínimo de gastos la estructura más adecuada a las futuras Conferencias.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado.<sup>9</sup>

El Sr. LUTCHMAN (Trinidad y Tabago) sugiere que en el texto inglés de la parte dispositiva de la resolución presentada por la Delegación del Ecuador, que el Consejo Directivo acaba de aprobar, se corrijan las palabras "XVIII Pan American Sanitary Conference" para que se diga "XVII Pan American Sanitary Conference. . .".

*Así se acuerda.*

### Representación del Comité Ejecutivo en las Reuniones del Consejo Directivo y de la Conferencia Sanitaria Panamericana

#### *Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Panamá*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP), después de referirse a la discusión sobre este asunto,<sup>10</sup> da lectura al proyecto de resolución sobre la representación del Comité Ejecutivo en las reuniones del Consejo Directivo y de la Conferencia Sanitaria Panamericana, cuyo texto dice así:

## EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la Resolución VIII sobre la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana, aprobada por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión;

<sup>9</sup> Resolución XXII. *Documento Oficial de la OPS* 66, 29-30.

<sup>10</sup> Véase duodécima sesión plenaria, pág. 168.

Habiendo examinado el informe del grupo de trabajo del Comité Ejecutivo presentado en el Addendum al *Documento Oficial 62*, en el que se recomienda "que el Comité Ejecutivo esté oficialmente representado en las reuniones del Consejo Directivo y de la Conferencia por su Presidente o por cualquier otro miembro que designe el Comité"; y

Teniendo en cuenta la conveniencia de que el Comité Ejecutivo esté oficialmente representado en estas reuniones,

## RESUELVE:

1. Disponer que el Comité Ejecutivo esté oficialmente representado por su Presidente o por cualquier otro miembro que designe el Comité, en las futuras reuniones del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

2. Disponer que los gastos de viajes y dietas del Representante Oficial del Comité Ejecutivo en dichas reuniones corran por cuenta de la Organización.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado.<sup>11</sup>

### Tema 17: Enmiendas al Artículo 7 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud (continuación)

#### *Proyecto de resolución presentado por la Delegación del Brasil*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP), después de referirse a la discusión sobre este asunto,<sup>12</sup> da lectura al proyecto de resolución cuyo texto dice así:

## EL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo en cuenta el informe aprobado por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión (Resolución VIII) y las propuestas de modificación constitucional relativas a la Sede de la Conferencia Sanitaria Panamericana formuladas en el mismo; y

Visto el Artículo 28 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

## RESUELVE:

Aprobar las siguientes modificaciones constitucionales:

"Artículo 7-A. La Conferencia se reunirá cada cuatro años en la Sede de la Organización, en la fecha fijada por el Director de la Oficina en consulta con el Comité Ejecutivo.

"Artículo 7-B. No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, la Conferencia podrá reunirse en cualquiera de los Países Miembros de la Organización

<sup>11</sup> Resolución XXIII. *Documento Oficial de la OPS* 66, 30-31.

<sup>12</sup> Véase duodécima sesión plenaria, pág. 169.

siempre que el Gobierno interesado lo solicite, y así lo acuerde la propia Conferencia o el Consejo Directivo en su reunión del año anterior a ella.

"Artículo 7-C. En los casos previstos en el párrafo anterior, el Gobierno del país en que haya de tener lugar la Conferencia nombrará una Comisión para cooperar con la Oficina en la organización de la misma".

Los párrafos C a G inclusive, del Artículo 7 vigente pasarán a ser los párrafos D a H del Artículo 7 modificado.

El Dr. ALONSO MENÉNDEZ (Cuba) recuerda que ya el día anterior la Delegación de su país expresó su opinión en cuanto a las enmiendas propuestas al Artículo 7 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud. A su entender, el Artículo 7-B del proyecto de resolución que acaba de leer el Dr. Sutter no constituye una modificación sustancial del correspondiente precepto constitucional vigente hasta ahora, puesto que sigue existiendo la posibilidad de celebrar la Conferencia en cualquiera de los Países Miembros de la Organización. Señala que el actual texto del Artículo 7 de la Constitución dice: "La Conferencia se reunirá normalmente cada cuatro años en el país elegido por ella en su reunión anterior". De acuerdo con la modificación propuesta la Conferencia se reunirá cada cuatro años en la Sede de la Organización, lo que a juicio de la Delegación de Cuba sí significa una modificación sustancial, en tanto que el del Artículo 7-B representa únicamente la posibilidad de que la Conferencia se reúna en uno de los Países Miembros, previo acuerdo de la Conferencia o del Consejo adoptado el año anterior, lo cual carece del carácter permanente que va unido a la constitucionalidad de la Organización. Declara que por estas razones la Delegación de su país objeta a la modificación constitucional y reitera la invitación de su Gobierno, formulada en la Conferencia anterior, ofreciendo como sede de la próxima Conferencia la capital de su país, que, como es sabido, tiene un clima muy agradable en el mes de septiembre.

El Dr. QUIRÓS (Perú) manifiesta que el Gobierno de su país, que ya ofreció la ciudad de Lima como sede de la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, desea que subsista su ofrecimiento para cuando el Consejo Directivo lo considere oportuno.

*Decisión:* Por 21 votos a favor, 1 en contra y ninguna abstención se aprueba el proyecto de resolución presentado por la Delegación del

Brasil sobre las enmiendas al Artículo 7 de la Constitución.<sup>13</sup>

### **Tema 17: Enmienda al Artículo 1 del Reglamento Interno del Consejo Directivo (conclusión)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación del Brasil*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP), después de referirse a la discusión de este asunto,<sup>14</sup> da lectura al proyecto de resolución, cuyo texto dice así:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo en cuenta el informe aprobado por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión (Resolución VIII) y la propuesta de modificación del Reglamento Interno del Consejo Directivo que se formula en el mismo; y

Visto el Artículo 58 del Reglamento Interno del Consejo Directivo,

RESUELVE:

Modificar el Artículo 1 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, que quedará redactado en la siguiente forma:

"Artículo 1. El Director de la Oficina convocará al Consejo para que se reúna de conformidad con el párrafo A del Artículo 12 de la Constitución y en cumplimiento de una resolución del Comité Ejecutivo. Las reuniones se celebrarán en la Sede de la Organización o en el lugar aprobado por la Conferencia o el Consejo. En estos últimos casos, el Director de la Oficina fijará la fecha de la reunión previa consulta con el Gobierno Huésped".

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado por la Delegación del Brasil sobre la enmienda al Artículo 1 del Reglamento Interno del Consejo Directivo.<sup>15</sup>

### **Tema 12: Planificación de hospitales y otros servicios de salud (continuación)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación de la Argentina*

El PRESIDENTE notifica que por haberse propuesto dos modificaciones al proyecto de resolución relativo al tema, se aplaza la votación correspondiente.<sup>16</sup>

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que pensaba haberse referido al proyecto de resolución

<sup>13</sup> Resolución XXIV. Documento Oficial de la OPS 66, 31.

<sup>14</sup> Véase duodécima sesión plenaria, pág. 169.

<sup>15</sup> Resolución XXV. Documento Oficial de la OPS 66, 32.

<sup>16</sup> Véase decimoquinta sesión plenaria, pág. 209.



una vez aprobado, pero que en todo caso, le es muy grato poner en conocimiento del Consejo Directivo que en conversaciones sostenidas con el Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo, dicho funcionario ha expresado su interés por el problema general de la planificación de hospitales, considerando el tema con la amplitud de concepto que la Organización le ha dado, con base en el informe del Comité Asesor. Es decir, considerando el servicio de hospital como parte del proceso general del fomento y reparación de la salud y además del proceso general de desarrollo de los países. El Presidente del Banco ha mostrado interés en que la Organización colabore para determinar los criterios que el Banco habría de considerar oportunamente, en el caso de que resolviera extender su política crediticia a la concesión de préstamos para establecimientos de salud. Señala que, en este sentido, las instituciones de crédito deben proceder con cierta cautela y establecer con claridad las normas de una política de préstamos con dicha finalidad, dada la transcendencia que el problema reviste en el Continente Americano. El hecho de que el Banco Interamericano de Desarrollo—que en un corto lapso se ha transformado en la institución bancaria más característica del desarrollo y del progreso de la América Latina—esté considerando extender su campo de actividades a un aspecto que a todos interesa, es, a juicio del Dr. Horwitz, de suma importancia y presta al proyecto de resolución correspondiente, una vez que el Consejo lo apruebe, una posibilidad de realización inmediata, a la cual la Oficina se consagrará con todos sus medios. Anuncia que, como es natural, se informará al Comité Ejecutivo y a la Conferencia acerca del resultado de las gestiones realizadas.

#### **Tema 14: Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede (conclusión)**

##### *Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Trinidad y Tabago*

El PRESIDENTE somete a votación el proyecto de resolución sobre el tema presentado por la Delegación de Trinidad y Tabago en la duodécima sesión plenaria.<sup>17</sup>

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado.<sup>18</sup>

<sup>17</sup> Véase pág. 177.

<sup>18</sup> Resolución XXVI. *Documento Oficial de la OPS 66*, 32-33.

#### **Fondo de Reserva para Edificios y Fondo Especial para el Fomento de la Salud**

##### *Proyecto de resolución presentado por la Delegación de los Estados Unidos de América*<sup>19</sup>

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al proyecto de resolución sobre este asunto, cuyo texto dice así:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo en cuenta que en el acuerdo con la Fundación W. K. Kellogg y en la Resolución XVI adoptada en la XIII Reunión del Consejo Directivo, autorizando la creación del Fondo Especial para el Fomento de la Salud, se previó la posibilidad de asignar al mencionado Fondo cantidades mayores que las requeridas en virtud del citado acuerdo; y

Teniendo en cuenta que en el Fondo de Reserva para Edificios quedará indudablemente un saldo que podría utilizarse para las actividades del programa,

RESUELVE:

Autorizar aportaciones del Fondo de Reserva para Edificios al Fondo Especial para el Fomento de la Salud, en las condiciones y cantidades que apruebe el Comité Ejecutivo.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado.<sup>20</sup>

#### **Erradicación del *Aedes aegypti* en la Argentina (conclusión)**

##### *Proyecto de resolución sobre la erradicación del *Aedes aegypti* en la Argentina*

El Dr. PRIETO (Paraguay) manifiesta que la Delegación de su país desea tener el honor de presentar un proyecto de resolución anunciando que la Argentina ha logrado la erradicación del *Aedes aegypti*. A continuación, da lectura de dicho proyecto, que dice así:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe final sobre la erradicación del *Aedes aegypti* presentado por Argentina declarando a ese país libre de dicho mosquito y cumplidas las normas y criterio de erradicación establecidos por la Oficina Sanitaria Panamericana; y

Habida cuenta de que la verificación especial confirmatoria se llevó a cabo con la participación de funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana,

<sup>19</sup> Véase duodécima sesión plenaria, pág. 177.

<sup>20</sup> Resolución XXVII. *Documento Oficial de la OPS 66*, 33-34.

## RESUELVE:

1. Aceptar el informe presentado por Argentina, felicitar a dicho país por los trabajos realizados y declarar su territorio libre del *Aedes aegypti*.

2. Encarecer a los Gobiernos de países y áreas todavía infestados por el *Aedes aegypti* que concedan la máxima prioridad a la provisión de los fondos, del personal y de los materiales necesarios para completar sus campañas de erradicación.

3. Recomendar a los Gobiernos de los países y áreas de que el vector ha sido erradicado que mantengan activos programas de vigilancia a fin de impedir la reinfestación por el mosquito.

4. Encomendar al Director que adopte todas las medidas oportunas para intensificar y acelerar la campaña de erradicación del *Aedes aegypti*, a fin de alcanzar la meta de la erradicación en las Américas lo más pronto posible.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado.<sup>21</sup>

El Dr. MARTÍNEZ (México) pide a los miembros del Consejo Directivo que otorguen un aplauso unánime al Gobierno de la Argentina por haber logrado la erradicación en su país del *Aedes aegypti*, vector que representa un gran peligro para la salud y que todavía amenaza a América.

El PRESIDENTE se suma a la propuesta del Representante de México e invita a todos los miembros del Consejo Directivo y demás participantes en la Reunión a que dediquen al Gobierno de la Argentina el homenaje propuesto por el Dr. Martínez.

*Los participantes en la reunión, puestos en pie, tributan una salva de aplausos al Gobierno de la Argentina.*

*Se suspende la sesión a las 10:45 a.m. y se reanuda a las 11:20 a.m.*

### Modificaciones propuestas al Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana

El PRESIDENTE se refiere a una recomendación<sup>22</sup> del Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión, en la que se solicita del Consejo Directivo que se señalen a la atención de la Conferencia las modificaciones propuestas por el Gobierno de los Estados Unidos de América que, en principio y en su fondo, considera que mejorarían el texto del Reglamento de la Conferencia actualmente en vigor, y propone que la Secretaría prepare un nuevo texto del Reglamento

de la Conferencia y lo someta a la consideración de la 54ª Reunión del Comité Ejecutivo para su estudio y envío a la Conferencia, a la que corresponde aprobar su propio Reglamento.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) recuerda que la primera sugerencia con respecto a esta cuestión fue formulada por la Delegación de su país en la 47ª Reunión del Comité Ejecutivo<sup>23</sup> celebrada inmediatamente después de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana que tuvo lugar en Minneapolis, Minnesota, en 1962. En aquella ocasión el Representante de los Estados Unidos de América propuso que se realizara un estudio del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana a los efectos de conseguir ciertas economías, y, tal vez, lograr una mayor eficiencia en el desarrollo de la Conferencia. Este asunto se ha examinado en varias ocasiones y, últimamente, en la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo. El informe a que se ha referido el Presidente señala la necesidad de estudiar las sugerencias formuladas por el Representante de los Estados Unidos de América, lo que, a juicio del Comité Ejecutivo, podría afectar favorablemente el desarrollo de la Conferencia.

Añade el orador que, como ya sabe el Consejo Directivo, las modificaciones sugeridas del Reglamento Interno de la Conferencia, serían adoptadas por la propia Conferencia. Considera muy apropiada la propuesta del Presidente en el sentido de que estas sugerencias se transmitan al Comité Ejecutivo para que formule las correspondientes recomendaciones a la Conferencia.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba la propuesta de la Presidencia.

### Tema 25: Adiestramiento de personal auxiliar

El Dr. DÍAZ COLLER (Jefe, Departamento de Educación Profesional, OSP), al presentar el Documento CD16/11,<sup>24</sup> manifiesta que durante la 50ª Reunión del Comité Ejecutivo, la Delegación de México señaló<sup>25</sup> que los países más adelantados utilizaban el personal auxiliar bajo una adecuada supervisión profesional, en mucho mayor escala que los países en vías de desarrollo, lo que permite multiplicar dicho personal y atender, con la cobertura adecuada, muchas actividades de salud que, de otro modo, no sería posible.

<sup>21</sup> Resolución XXVIII. Documento Oficial de la OPS 66, 34.

<sup>22</sup> Documento Oficial de la OPS 62, 20.

<sup>23</sup> Documento Oficial de la OPS 49, 353.

<sup>24</sup> Documento mimeografiado.

<sup>25</sup> Documento Oficial de la OPS 60, 230.

Destaca que en América Latina continúan aumentando los programas de salud pública, y de allí que la escasez de trabajadores de todos los niveles constituya un grave problema.

Recuerda que en la mencionada reunión el Comité Ejecutivo formuló una recomendación<sup>26</sup> a la XV Reunión del Consejo Directivo, reunido en México en 1964, y este, a su vez, adoptó la Resolución XXIX,<sup>27</sup> mediante la cual se encomendaba al Director que se hiciera un estudio sobre la formación de personal auxiliar, que sirviera más adelante de base de discusión en una reunión de autoridades en la materia. Esta se convocaría con el fin de presentar a la consideración de la Organización una política de adiestramiento de personal auxiliar que satisfaga las necesidades de los países de las Américas.

En cumplimiento de la citada resolución, se tomaron ciertas medidas, entre ellas, solicitar de los organismos oficiales de los distintos países información sobre este campo, y procurar además, para hacer un estudio, los servicios de un experto en adiestramiento de auxiliares en salud pública. Se nombró al Director de la Escuela de Salud Pública "Andrija Stampar", de Zagreb, Yugoslavia, Dr. Branko Kesić, quien en 1965 visitó varios países de las Américas, entre ellos Brasil, El Salvador, México, Perú y Venezuela. Con los datos obtenidos de los distintos Gobiernos, el Dr. Kesić preparó un informe que servirá de documento básico en la reunión de expertos antes mencionada. Dicho informe<sup>28</sup> se encuentra en proceso de traducción y en él se señalan los factores que deben considerarse básicos en el adiestramiento y utilización de auxiliares. También en él se menciona la rápida migración de la población rural hacia los grandes centros urbanos. Esta migración es causa de serios problemas sociales, educacionales y de salud pública. Al disminuir la densidad de la población rural aumentan los problemas de comunicación en áreas poco pobladas, y en ellas se impone el empleo de auxiliares. El informe señala, igualmente, lo que tanto se discutió en la XV Reunión del Consejo Directivo, o sea, que la definición de "auxiliar" varía de un país a otro, y que el tipo y duración de su preparación también varía, según las necesidades de cada lugar. El informe proporciona datos

sobre los cursos que actualmente se efectúan en América Latina para adiestrar auxiliares en enfermería, técnicos auxiliares en estadística, en nutrición, auxiliares de laboratorio, de rayos X, auxiliares dentales, auxiliares en inspección de saneamiento del medio, en desarrollo de la comunidad, y en educación sanitaria. Plantea el informe, igualmente, algunas interrogantes—los factores esenciales para el adiestramiento y la utilización de auxiliares de salud pública—cuya solución puede dar lugar a uno de los principales impulsos en el desarrollo de la salud de los pueblos de América.

El Dr. Díaz Coller termina diciendo que el Director informará oportunamente a los Cuerpos Directivos sobre las conclusiones que se adopten en la referida reunión de expertos.

El Dr. QUIRÓS (Perú) considera que el tema de adiestramiento de personal auxiliar es uno de los más importantes, por lo cual es preciso que se dé a conocer, a la mayor brevedad posible, el informe a que ha hecho mención el Dr. Díaz Coller.

En el Perú se ha llevado a cabo en los últimos años un extenso programa de adiestramiento de personal auxiliar, sobre todo para los 15 hospitales creados en los últimos tres años. Subraya que el personal de los antiguos hospitales no ha recibido el adiestramiento necesario.

El Dr. Quirós señala que su país ha recibido una importante colaboración del UNICEF y de la OPS en forma de becas locales para el adiestramiento de esta clase de personal, e insiste en que debe tenerse en cuenta que cada país enfrenta problemas peculiares y necesita su propio tipo de personal auxiliar.

Destaca el interés especial de la Delegación del Perú por el adiestramiento de personal auxiliar de menor categoría, es decir, de la célula elemental y, a tal efecto, afirma que convendría estudiar el programa de medicina simplificada que se ha organizado en Venezuela y la manera de aplicarlo en otros países.

Sugiere, finalmente, que en la reunión de expertos cuya organización se prevé, se incluyan representantes del mayor número de países, con el fin de que puedan exponer su experiencia. A este efecto, señala que si bien el grupo de expertos en planificación de hospitales estaba constituido por personas muy calificadas, no tenía en cierto modo la variedad necesaria, ya que no participaron representantes de su país ni de Venezuela, que tienen una magnífica experiencia en adiestramiento de personal auxiliar.

<sup>26</sup> Resolución X. *Documento Oficial de la OPS* 57, 10.

<sup>27</sup> *Documento Oficial de la OPS* 58, 32-33.

<sup>28</sup> "Adiestramiento y empleo de personal auxiliar de salud pública en la América Latina" (documento mimeografiado).

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) se refiere principalmente a la observación contenida en el informe presentado por el Dr. Díaz Coller, según la cual los países más desarrollados utilizan con mayor intensidad y amplitud los servicios de personal auxiliar que los que se encuentran en vías de desarrollo. Agrega que este hecho, aparentemente contradictorio, revela que en los países latinoamericanos no se utiliza plenamente un vasto recurso humano con el fin de ampliar su capacidad de servicio y no se da tampoco oportunidad de trabajo a personas que, por distintas circunstancias, no tienen acceso a niveles superiores de educación.

Afirma que, en Venezuela, se ha empleado personal auxiliar desde el comienzo de los programas, y que ese personal se ha ido formando según las necesidades existentes en cada caso. Pero llega un momento en que es necesario definir lo que ha de entenderse por "personal auxiliar", el grado de cultura básica que ha de exigírsele y el tipo de formación que ha de dársele de acuerdo con el trabajo que haya de realizar, a fin de que, en cierto modo, sea polivalente y no se multiplique en forma irracional. Es preciso, por lo tanto, dar mayor uniformidad y solidez a la preparación de personal auxiliar, con el objeto de emplearlo con eficacia en la ampliación de programas, y concretamente, en el caso de Venezuela, en el de medicina simplificada.

Señala que este programa de medicina simplificada contó con el apoyo y beneplácito de las asociaciones médicas del país, lo que, a su juicio, es importante, ya que los médicos ven con reservas que se confíen ciertas actividades médicas a personal no universitario. Declara que para este tipo de programas se necesita personal local suficientemente preparado a fin de que, con técnicas sencillas, contribuya a mejorar las condiciones de salud de los habitantes de vastas áreas rurales, cuyos problemas no son fáciles de atender por falta de fondos, por la dispersión de los núcleos de población y la deficiencia de los medios de comunicación. Expresa su confianza en que se utilice personal de esta clase, bien preparado, que comprenda su función y sobre el cual se ejerza la supervisión necesaria.

Por último, manifiesta que ha llegado el momento de que la Oficina Sanitaria Panamericana amplíe su labor de adiestramiento de personal auxiliar y consulte con los Gobiernos y expertos que estime oportuno para llegar a una definición del término.

El Dr. ESQUIVEL (Panamá) indica que la falta de personal auxiliar preparado plantea un im-

portante problema a cuya solución se da gran prioridad en su país. Estima que el adiestramiento de dicho personal debe enfocarse teniendo en cuenta algunas condiciones que son muy comunes en los países latinoamericanos. Entre ellas cabe mencionar la falta de sueldos adecuados, la carencia de estabilidad política para los empleados de menor categoría y de disciplina administrativa de algunos organismos de salud pública y de servicios de adiestramiento local. Resalta que los bajos salarios impiden conseguir personal apto para recibir la formación necesaria y que esta circunstancia es causa de que el personal adiestrado vaya a trabajar a instituciones que ofrecen mejor remuneración y, muchas veces, que marchen al extranjero.

En Panamá, debido a la disparidad de sueldos entre las instituciones del Gobierno propiamente dicho y las del Seguro Social, el personal mejor preparado busca empleo en estas últimas, que, además, ofrecen mayor estabilidad.

Añade que en una institución con una disciplina férrea se podría trabajar eficazmente y adiestrar y mantener personal de cualquier categoría. Los organismos que carecen de personal auxiliar adiestrado demuestran, de por sí, que son incapaces de formar personal y de establecer sistemas para su adiestramiento. Por otra parte, en los diferentes niveles y en diversas instituciones de los países, se adiestra personal para que desempeñe ciertas funciones en la preparación de otros.

Afirma el Dr. Esquivel que se ha examinado detenidamente la posibilidad de utilizar el hospital de la Caja del Seguro Social de Panamá para el adiestramiento de personal auxiliar de aseo en los hospitales, porque en dicho hospital existe gran disciplina y se ha logrado obtener un gran rendimiento incluso con personal de baja categoría intelectual.

Señala que, cuando faltan estas instituciones, en vez de que la Oficina Sanitaria Panamericana organice centros de adiestramiento, convendría establecer un sistema de intercambio con los países más desarrollados u obtener ayuda de estos. En su país, por ejemplo, se ha pensado construir varios hospitales y ante el temor de no conseguir personal adiestrado, se ha procedido a un intercambio con hospitales universitarios norteamericanos con el objeto de enviar a estos personal de baja categoría, incluso aseadores, empleados de mantenimiento, auxiliares de rayos X, etc., a fin de que trabajen y se adiestren y vean cómo funciona un hospital bien

organizado. Añade que se ha observado que este procedimiento es el más eficaz y el que ha dado mejores resultados. Subraya que el Gobierno de Panamá paga el salario del personal que recibe adiestramiento en estos hospitales universitarios. Finalmente destaca la magnífica cooperación que ha recibido su país de las universidades norteamericanas y el gran entusiasmo con que participan en este intercambio.

El Dr. RISTORI (Chile) manifiesta que el problema de la formación de auxiliares de enfermería ha preocupado, desde su fundación, a las autoridades del Servicio Nacional de Salud de su país. Señala que en 1958 se suscribió un convenio de tres años entre el Servicio Nacional de Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el UNICEF, con miras a la formación de auxiliares de enfermería destinadas a las actividades de campo, y que en 1962 se aprobó un nuevo convenio relativo al programa de auxiliares de enfermería. A los efectos de reglamentar y supervisar la creación de programas de adiestramiento, se dictaron las disposiciones del caso relativas a la determinación de los requisitos de escolaridad de dichas auxiliares, la aprobación por el Ministerio de Educación Pública de la equivalencia del curso actual del Servicio Nacional de Salud, el otorgamiento de un certificado oficial, la creación de un registro nacional de auxiliares de enfermería y el reconocimiento de cursos particulares.

Indica que se está preparando un reglamento especial para perfeccionar y ampliar el funcionamiento de los cursos a través del país. En estos cursos se forman alrededor de 1.000 auxiliares por año y se espera que en menos de cinco años se habrá renovado totalmente el personal sin adiestramiento que presta servicio sobre el terreno y en hospitales. Este personal auxiliar no reemplaza a las enfermeras universitarias, sino que las complementa.

Hace constar que en Chile hay una sola enfermera por cada dos médicos y que la formación de alto nivel que requieren las enfermeras es un proceso lento, por exigirse cuatro años de estudios universitarios después del bachillerato. De tal manera que en Chile es indispensable complementar este personal con los auxiliares que trabajan bajo la supervisión de la enfermera profesional, la enfermera universitaria.

El Dr. ALONSO MENÉNDEZ (Cuba) recuerda que en su país, para desarrollar el plan cuatrienal de

1962-1965, preparado en 1960-1961, fue necesario incrementar en gran escala el personal auxiliar y que, una vez que Cuba estuvo en posesión de su riqueza nacional, se inició el plan de adiestramiento. Se empezó con un grado de escolaridad primaria y en estos años se logró adiestrar a más de 11.500 personas, habiéndose graduado 2.404 auxiliares en 1964. Actualmente reciben formación más de 3.000 alumnas.

Uno en los problemas principales que se planteó fue el de la supervisión, que se ha ido mejorando con la creación de escuelas y facultades de auxiliares médicos.

El Dr. Alonso Menéndez destaca la posibilidad de crear centros de adiestramiento cerca de los lugares de trabajo, como se ha hecho en Cuba. Si bien no todos los problemas están resueltos, se ha avanzado considerablemente, y es posible que no se planteen en su país los problemas relativos a las dificultades de salario o a los cambios políticos que se han mencionado en la reunión del Consejo.

El Dr. AGUILAR RIVAS (El Salvador) considera que se ha destacado, con justa razón, el gran interés del tema. El adiestramiento y la ampliación del personal auxiliar son precisamente los factores que facilitarían el mejoramiento de la atención médica en las comunidades latinoamericanas. Teniendo en cuenta estas consideraciones, y en vista de que, aparentemente, la Oficina Sanitaria Panamericana dispone de nuevos fondos para el fomento de la salud, sería muy valiosa su ayuda en el desarrollo del programa que se está examinando.

Agrega que en El Salvador, y como consecuencia de las actividades del área de demostración sanitaria, se fundó, en 1951, con muy buenos resultados, la Escuela de Capacitación, ya que allí se ha logrado impartir el adiestramiento necesario a personal local y regional. A través de dicha Escuela se ha podido fomentar no sólo el adiestramiento de auxiliares cuyos servicios se destinaban antes únicamente a los servicios de salud, sino también el de nuevos miembros de personal auxiliar de hospitales. Se ha utilizado asimismo para la formación de inspectores sanitarios, auxiliares de estadística, dietistas y educadores auxiliares en salud pública. Por lo tanto, representa, a su entender, una de las formas tal vez más rápidas y baratas de lograr la capacitación de ese tipo de personal en contraste con lo que, en términos de tiempo y costo, significa la formación de profesionales. Señala que en el plan de salud, el adiestramiento constituye el aspecto

medular, y la Escuela de Capacitación de su país es la que dirige y mantiene los programas de adiestramiento durante el servicio, a nivel central, regional y local.

Subraya, por otra parte, que el programa de adiestramiento aludido constituye igualmente una fuente de trabajo ya que, a pesar de que en su país también son las instituciones de seguridad social las que, por ofrecer mejores condiciones de empleo y mejores salarios, se llevan la mayor parte del personal, es la comunidad la que siempre utiliza sus servicios. Además, se mantiene otro plan de adiestramiento, por el cual aquel tipo de personal cuya capacitación local no es factible se envía al exterior para que curse estudios especiales.

El Dr. MARTÍNEZ (México) expresa su agrado por el unánime interés que ha suscitado en el seno del Consejo este tema de tanta trascendencia para los programas de salud pública. Añade que la Delegación de México ha seguido el curso de este debate con especial satisfacción por haber sido ella la que tuvo el honor de interpretar esa inquietud, sugiriendo a la consideración de las reuniones celebradas en 1964, la conveniencia de estudiar tan importante cuestión.

A su juicio, el origen del problema del personal auxiliar radica en la incapacidad del personal profesional de comprenderlo y utilizar debidamente sus servicios. Añade que a medida que el profesional desarrolla su personalidad, aumenta su capacidad para hacer frente a situaciones nuevas y adaptarse a cualquier circunstancia que se le presente. En cambio, el personal auxiliar carece de esta adaptabilidad por estar constituido, en general, por personas poco cultivadas a las que les es difícil habituarse a condiciones culturales diferentes de las suyas y a problemas desconocidos. Considera, pues, que el estudio de este tema podría ser peligroso si se pretende insinuar, tan siquiera, la conveniencia de establecer reglas. Estima indiscutible que cuando la personalidad del auxiliar no se puede adaptar más que a su propio ambiente cultural, es imposible sentar reglamentos. Cree, pues, que sería más provechoso sentar algunos principios generales que sirvieran de guía a los profesionales en la elaboración de programas de adiestramiento destinados a personal auxiliar. Sugiere, asimismo, la conveniencia de que en el grupo de estudio previsto participen uno o más auxiliares, ya que de otra manera la discusión

tendría un carácter abstracto y no se llegaría a ninguna finalidad práctica.

Seguidamente el Representante de México somete a la consideración de los Representantes un proyecto de resolución, en el que se propone que el Consejo tome nota de que se ha cumplido la recomendación adoptada en su XV Reunión respecto a la realización de un estudio sobre el adiestramiento de personal auxiliar, y se encomiende al Director que informe oportunamente a los Cuerpos Directivos de la Organización sobre las conclusiones que se adopten en la reunión prevista de autoridades nacionales con experiencia e interés en la materia, a fin de establecer una política para la formación de dicho personal.

El PRESIDENTE anuncia que el proyecto de resolución presentado por el Representante de México será distribuido para ser sometido a votación en una próxima sesión.<sup>29</sup>

El Dr. FERREIRA (Brasil) felicita al Director y al Dr. Díaz Coller por la excelente presentación de un problema que ha despertado tanto interés entre los miembros del Consejo. Subraya lo ya indicado por los Representantes de Venezuela y de Cuba, sobre la necesidad de que la preparación de personal auxiliar sea supervisada por organismos más elevados y capacitados, por ser un problema de la mayor importancia, en especial en un país de tanta extensión como el Brasil, donde existe la tendencia natural a preparar personal auxiliar en proporción tal que no es posible supervisarlo en forma adecuada. En tales circunstancias, ese personal se independiza y no desempeña debidamente sus funciones o adopta una actitud desfavorable al objetivo que se persigue.

Destaca también la necesidad que dicho personal se contrate en el ámbito local, para evitar dificultades de adaptación. Añade que, según la experiencia del Brasil, uno de los problemas más importantes para disponer de dicho personal auxiliar estriba en la falta de estabilidad en sus empleos y considera indispensable remunerarlo en forma adecuada si se quiere lograr su estabilización. Por último manifiesta que, si bien la preparación de dicho personal constituye un gran problema de salud pública, es preciso evitar el camino fácil que consiste en preparar rápidamente a un gran número de auxiliares sin supervisión ni remuneración adecuadas.

<sup>29</sup> Véase decimoquinta sesión plenaria, pág. 203.

El Dr. PINEDA (Honduras) señala que en su país, con la ayuda de la OSP y del UNICEF, se han organizado ocho cursos para auxiliares de enfermería; siete para auxiliares de saneamiento ambiental; uno para auxiliares de laboratorio, y, recientemente, un curso intensivo para auxiliares de estadística.

En Honduras se tropieza también con serias dificultades en materia de personal auxiliar, ya que no sólo falta supervisión, sino que, además, aproximadamente el 50% de ese personal busca trabajo en las instituciones de seguridad social. Afirma que, por desgracia, en el país no es muy numeroso el personal graduado en enfermería, de modo que se ha concedido especial importancia a la formación de personal auxiliar, no sólo de salud pública, sino también para los hospitales, ya que la mayor parte de los 18 que existen en el país no disponen de personal adiestrado. Por ello es necesario seguir organizando este tipo de cursos en el país y continuar recibiendo la colaboración técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana y la ayuda material del UNICEF, a fin de completar el adiestramiento de auxiliares de enfermería, de saneamiento y de laboratorio.

El Ing. RIVERA (Costa Rica), se refiere a la expansión de la población de América Latina y señala que, debido al gran crecimiento demográfico, es necesario intensificar la formación de profesionales de la clase médica y paramédica. Esta falta de personal, y el tiempo que se requiere para formar profesionales de alto nivel y, por otra parte, el gran crecimiento de la población, obliga a reducir, en términos generales, la categoría de las prestaciones médicas a la población. A este respecto, el personal auxiliar es indispensable. Las universidades no han contribuido a la formación de determinada clase de profesionales o de subprofesionales, concentrándose principalmente en la capacitación del más alto nivel de personal. De la clase subprofesional se ocupan únicamente los respectivos Ministerios de Salud y algunas veces otras organizaciones. Por consiguiente, estima que en los próximos años es indispensable formar una gran cantidad de auxiliares de los diversos niveles, para poder hacer frente a las necesidades vitales de la población, especialmente la rural.

El Ing. Rivera confía en que el informe a que ha hecho referencia el Dr. Díaz Coller pueda ser estudiado a fondo en alguna de las reuniones e insiste en que se tomen en cuenta no sólo las

necesidades de personal auxiliar en su conjunto, sino también los diversos niveles de formación profesional.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) considera que no procede formular reservas o renunciaciones en cuanto a un personal que es necesario y que cada vez lo será más. Reitera que estima conveniente llegar a un acuerdo sobre lo que se ha de entender por personal auxiliar en relación con programas generales de salud pública, con sus campos de acción, con el grado de formación polivalente que puede dársele, y sobre cuál es la esfera de su aplicación.

El aspecto de la polivalencia le parece indispensable porque, dado el grado de dispersión de la población de los países de las Américas, difícilmente se podrían dar el lujo de adiestrar a un gran número de personas para desempeñar tantas funciones como requieren los programas, es decir, una persona para cada actividad. Lo lógico sería que pudieran realizar una serie de actividades.

Señala que el programa de medicina simplificada que se lleva a cabo en su país significa el empleo de técnicas seleccionadas y de sencilla ejecución, incluso cuando deban ser utilizadas por médicos. Dentro de las limitaciones de profesionales y de fondos presupuestarios, como asimismo de comunicaciones, estas técnicas se podrían encomendar a personal auxiliar debidamente adiestrado para atender a la población de las comunidades más distantes. Subraya, por último, que lo que se necesita es determinar claramente una serie de conceptos a fin de que el proceso se desarrolle en forma homogénea, sin perder de vista las particularidades de los países, pero entendiéndose que la mayoría de ellos tienen determinantes socioeconómicas o políticas similares.

El Dr. PICHARDO (República Dominicana) señala que en su país el problema es semejante al de los demás de la Región, pero desea subrayar tres aspectos que le parecen fundamentales: el de la ayuda internacional para lograr el adiestramiento de personal auxiliar; el carácter polivalente que es conveniente dar a ese adiestramiento, mostrándose, a este respecto, plenamente de acuerdo con el Representante de Venezuela, y, en tercer lugar, la pérdida asombrosa de este personal y las medidas que conviene adoptar para remediar tal situación. A su juicio, es necesario pensar en la organización de la comunidad, ya que es esta la que se beneficiará directamente con los servicios de ese personal. Incluso en lo referente a la remuneración

adecuada, la comunidad podría contribuir a resolver este problema si el Departamento de Salud Pública no estuviese en condiciones de ofrecer un sueldo apropiado. Señala que, en esta forma, tal vez se podría evitar la deserción de personal de salud pública y su incorporación a otras actividades que les ofrecen mejores condiciones.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) felicita al Consejo por el debate que se ha desarrollado, que ha sido extraordinariamente instructivo y que será transmitido al grupo que analizará este problema en sus detalles, sobre la base del informe del Dr. Kesić, como lo ha señalado el Dr. Díaz Coller. Las observaciones formuladas en el Consejo son, a su juicio, de igual valor a las informaciones obtenidas por el consultor de la Oficina durante su visita a algunos países.

Evidentemente, el problema tiene que analizarse desde el ángulo de la cantidad de auxiliares existente, de su función y de la calidad de su adiestramiento, tres aspectos que no pueden dissociarse y destaca que, como han señalado algunos Representantes, es preciso examinar el tema en su correlación con los profesionales que deben supervisar este personal auxiliar. Ahondando en las correlaciones, se llega al concepto de programación integral o parcial de la función salud. A su entender, el mencionado grupo tendrá que examinar todos estos aspectos a fin de ofrecer a cada Gobierno sugerencias de acuerdo con su situación propia. Agrega que el progreso logrado en la materia ha sido enorme, aunque, en general, prevalezca la tendencia a destacar los hechos negativos y a olvidar los positivos. Basta examinar el cuadro 25 que figura en el Informe Anual del año 1964<sup>80</sup> para apreciar el considerable avance alcanzado en el campo de la enfermería entre 1954 y 1964 en Guatemala. Además, se ha señalado que en varios países se están adiestrando 1.000 auxiliares por año, como parte de su programa habitual, y el hecho de que la Delegación de México haya tenido a bien plantear el tema, significa que existe ya una experiencia bastante sólida en el Continente. Añade que se han revisado tradiciones un tanto arcaicas respecto a las responsabilidades que se pueden atribuir a estos funcionarios, y manifiesta que este mismo hecho revela el grado de madurez que los países tienen para abordar racionalmente un problema que es complejo. Pone de relieve que en el debate se ha

señalado también la tradición universitaria y la imagen que los profesionales universitarios han creado sobre la extensión de sus funciones, que no siempre toma en consideración la urgencia del medio rural y de las poblaciones más abandonadas.

El Dr. Horwitz reitera que se incorporará el contenido del debate, en toda su profundidad, a los antecedentes que ha de examinar el grupo de estudio y confía en que en la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana se presente un informe lo más completo posible, incorporando las recomendaciones formuladas en el curso de la discusión a fin de que aquella oriente respecto a la política que debe seguir la Organización en este campo, en el que ya ha prestado asesoría

Respecto a la presencia o ausencia de determinados consultores en los comités de expertos, el Dr. Horwitz señala que la Organización tuvo el honor de contar en el Comité Asesor sobre Planificación de Hospitales y Otros Servicios de Salud con la colaboración del Dr. Agustín La Corte, Jefe de la Oficina de Programas, Personal y Equipo de la Unidad de Planificación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela y en el Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica en la América Latina, con la presencia del Dr. Arturo Vasi Páez, Director de la Oficina de Programación, de la Caja Nacional del Seguro Social del Perú.

**Tema 21: Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (continuación)**

*Constitución de un grupo de trabajo*

El PRESIDENTE señala que en vista de que se han propuesto más de tres temas para las Discusiones Técnicas, corresponde, de acuerdo con el procedimiento aprobado por el Consejo, designar un grupo de trabajo que se encargue de la selección. Propone que dicho grupo quede integrado por los Representantes de Brasil, Colombia, México, Panamá y Perú, y que se reúna a la mayor brevedad posible, con el fin de someter el tema elegido a la consideración del Consejo en la siguiente sesión plenaria.

*Así se acuerda.*

*Se levanta la sesión a las 12:40 p.m.*

<sup>80</sup> Documento Oficial de la OPS 63, 79.



## DECIMOCUARTA SESION PLENARIA

Miércoles, 6 de octubre de 1965, a las 3:25 p.m.

Presidente: DR. RAYMUNDO DE BRITTO (Brasil)

### **Tema 21: Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (continuación)**

#### *Informe del grupo de trabajo*

El PRESIDENTE abre la sesión y anuncia que se va a presentar a la consideración del Consejo el informe del grupo de trabajo sobre la selección de temas para las Discusiones Técnicas de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Dr. FERREIRA (Brasil) da lectura del informe en el que se proponen para las mencionadas Discusiones Técnicas los tres temas siguientes: 1) "Medios para promover y hacer efectiva la coordinación entre los servicios y programas de los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y otras que desarrollan actividades relacionadas con la salud"; 2) "Cómo extender la prestación de servicios de salud a la población rural"; y 3) "Erradicación de las enfermedades".

El PRESIDENTE sugiere que se aplace el examen de este tema hasta la próxima sesión.<sup>1</sup>

### **Tema 19: Discusiones Técnicas: "Métodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud" (continuación)**

#### *Informe del Relator*

El Dr. RISTORI (Chile) expresa su agradecimiento al Consejo Directivo por la confianza que le otorgó al confiarle la misión de actuar de Relator de las Discusiones Técnicas. Asimismo agradece la colaboración que le han prestado los relatores de los tres grupos de trabajo que se constituyeron y el personal de la Oficina. Acto seguido da lectura al informe sobre las Discusiones Técnicas que aparece en el Documento CD16/DT/9,<sup>2</sup> y presenta el siguiente proyecto de resolución:

#### EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Informe Final de las Discusiones Técnicas sobre el tema "Métodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud";

<sup>1</sup> Véase decimoquinta sesión plenaria, pág. 201.

<sup>2</sup> *Publicación Científica de la OPS* 127, 1-11.

Considerando que este Informe constituye un resumen del contenido de los siete documentos de trabajo y de las opiniones expresadas por los participantes; y

Teniendo en cuenta la urgencia de implantar los métodos recomendados para la obtención de los datos básicos necesarios para la planificación y administración de programas de salud,

#### RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe Final y de las recomendaciones formuladas en las Discusiones Técnicas sobre el tema "Métodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud".

2. Recomendar que la Organización y los Gobiernos realicen cuanto antes esfuerzos para aplicar las medidas recomendadas, a fin de desarrollar rápidamente estadísticas satisfactorias para la planificación y administración de programas de salud.

3. Encomendar al Director que proceda a la publicación y amplia difusión de los documentos de trabajo y del Informe Final de las Discusiones Técnicas.

El Ing. RIVERA (Costa Rica) hace constar que, aun cuando, a su juicio, el informe ha sido preparado con bastante amplitud, no concede suficiente importancia a las oficinas y sistemas de estadística de los Ministerios de Salud. Subraya que, en realidad, estas unidades deben ser catalizadoras de la información fundamental que necesitan los Ministerios y que muchas veces están dispersas por el país.

El Dr. AGUILAR RIVAS (El Salvador) considera que convendría precisar debidamente las funciones de los departamentos encargados de la elaboración de estadísticas para evitar que se les obligue a tareas, como el establecimiento o deducción de porcentajes en relación con determinada actividad, que debe ser atribución de los servicios que realizan trabajos de investigación.

El Sr. LUTCHMAN (Trinidad y Tabago), refiriéndose a la Sección 3<sup>a</sup> del informe, manifiesta que, en su país, el Ministerio de Salud no se encarga del registro de nacimientos y defunciones. Señala que esta es una función que cada país decide a qué Ministerio debe corresponder. Ahora bien, considera que se podría conceder mayor atención a la promulgación de disposiciones legales en virtud de

<sup>3</sup> *Ibid.*, pág. 6.

las cuales tendrían la obligación de notificar los acontecimientos vitales no sólo los individuos interesados, como los padres y otros familiares, sino también el personal profesional de diversas clases, tales como las parteras profesionales o empíricas, las personas encargadas de los servicios de salud a los que acuden los niños para ser vacunados, y los sacerdotes. Estos últimos pueden colaborar de manera especial en los medios rurales, puesto que están más en contacto con la población y es donde resulta difícil reunir estadísticas.

El PRESIDENTE indica que el proyecto de resolución presentado por el Representante de Chile será sometido a votación en la próxima sesión.<sup>4</sup>

### **Tema 31: Procedimiento para la presentación de informes al Consejo Directivo**

El Dr. DROBNY (Jefe, Oficina de Evaluación e Informes, OSP) se refiere al Documento CD16/9<sup>5</sup> sobre este tema, y señala que en la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo se analizó<sup>6</sup> el procedimiento a seguir para la presentación de informes al Consejo Directivo, basándose en un documento<sup>7</sup> en el que se precisaba el carácter y la razón de ser de cada uno de los informes que habitualmente se presentan.

Señala el Dr. Drobny que, en aquella ocasión, varios miembros del Comité manifestaron su satisfacción por la forma como se presentaba la información de las actividades desarrolladas y por los progresos realizados por la Oficina en este campo, expresando la necesidad de continuar el proceso de formulación del presupuesto por programas y de evaluación de los resultados de cada uno de los proyectos.

Seguidamente se refiere al progreso alcanzado en la evaluación de los proyectos, lo que puede observarse a través de la descripción de la labor realizada en cada uno de ellos y que consta en el último Informe Anual del Director.<sup>8</sup> Agrega que a pesar de no disponer todavía de una información completa, se revela un progreso bastante satisfactorio. Añade que el sistema de informes y de evaluación desarrollado durante 1965 permite asegurar que en los próximos años este proceso irá perfeccionándose aceleradamente.

Señala por último el Dr. Drobny que se estudia al presente la posibilidad de utilizar técnicas modernas para canalizar la información recibida sobre los proyectos, a fin de que pueda ser utilizada tanto en rendimiento y necesidades de recursos, como en reorientación de los programas.

El Dr. QUIRÓS (Perú) recuerda que cuando el Consejo Directivo examinó el programa y presupuesto, expresó su juicio según el cual el tema no había merecido suficiente atención. Destaca el interés que le mereció el tema, tanto en la XV Reunión del Consejo como, posteriormente, en la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo celebrada en abril de 1965, considerando necesario que se perfeccionase la presentación del programa y presupuesto.

Hace constar que sólo en el cuadro 6 del *Documento Oficial 61 (Proyectos de Programa y Presupuesto)* se presenta el presupuesto funcional o por programas en una forma global, incluyendo todos los fondos, no sólo los de la Organización Panamericana de la Salud y las cuentas especiales, y que luego se procede a un análisis de cada uno de los programas efectuándolo también de un modo global, no por países. Agrega que en cada uno de estos programas, por ejemplo, en el relativo a zoonosis, se fija la suma presupuestada y el porcentaje que corresponde dentro del monto total del presupuesto, pero advierte que luego en otra parte del documento (a partir de la página 119), aparecen los cuadros detallados de la ejecución del mismo presupuesto, lo que se realiza en la forma tradicional. Estima que para dar al presupuesto el carácter funcional que, a su juicio, debe tener la presentación del correspondiente documento, debería ajustarse a la secuencia observada en el cuadro 6 mencionado. Para precisar su criterio, el Dr. Quirós cita algunos ejemplos, afirmando que, anteriormente, ya formuló determinadas preguntas, pero que las respuestas obtenidas no le dejaron satisfecho. Así, indica que cuando dijo que no era posible que se hubieran retirado los recursos asignados a un programa de control de la peste en el Ecuador, cuyo detalle figura en el Anexo 7, relativo a proyectos solicitados por los Gobiernos y no incluidos en el anteproyecto de la OPS/OMS para 1967 (página 245), igual que otros fondos destinados a la viruela, se le contestó que se fijase en que dichas partidas aparecían señaladas con un asterisco, y que se indicaba en la página 249 como "parte del programa que excede de la cantidad presupuestada".

<sup>4</sup> Véase decimoquinta sesión plenaria, pág. 203.

<sup>5</sup> Documento mimeografiado.

<sup>6</sup> *Documento Oficial de la OPS 64*, 141-152.

<sup>7</sup> Documento CE52/15 (mimeografiado).

<sup>8</sup> *Documento Oficial de la OPS 63*, 133-255.

Insiste en que si se vuelve a examinar el cuadro 6 se verá que no figura consignación para el control de la peste, aunque es probable que esté incluida en el capítulo de las zoonosis.

Manifiesta que, circunscribiéndose al programa específico de los dos países interesados en la cuestión, no encontró en la página 73 la referencia a los fondos destinados al control de la peste en el Ecuador, pero que, finalmente, pudo hallar la partida en la página 176 y comprobar que se destinan a esa atención \$2.796 para 1965, \$14.076 para 1966, y \$22.865 para 1967, y que en la página 178 aparecen las cantidades para igual actividad en el Perú. Reitera la afirmación que hizo en una sesión anterior, resaltando que en el Ecuador y en el Perú existe el foco de peste más importante del mundo y cree que no es aceptable considerar adecuadas, para combatirlo, las sumas consignadas. Estima que el presupuesto debe ser preparado de un modo funcional o por programas, con el fin de evitar toda confusión, y que las partidas deben presentarse ordenadas con ese mismo criterio, con lo que se facilitaría el conocimiento de los Representantes sobre la inversión detallada de los recursos.

El Dr. AGUILAR HERRERA (Guatemala) señala que, no obstante las observaciones formuladas por el Representante del Perú, el simple examen de los documentos sometidos al Consejo revela que en la presentación de informes se ha experimentado un notable progreso, siendo de esperar que su elaboración se vaya perfeccionando poco a poco, lo que facilitará la tarea del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo, órganos que podrán llevar a cabo más detenidamente su función de análisis si disponen de documentos claros y precisos.

Hace constar que la labor de evaluación es compleja, dada la diversidad de factores que han de tomarse en cuenta y el número de cifras que han de compararse y cree que, en los últimos tiempos, la Oficina ha logrado mejorar este mecanismo. Por ello, sugiere al Consejo que exprese su complacencia por los resultados obtenidos y formule una recomendación al Director para que prosiga en el esfuerzo ya iniciado. Anuncia que va a someter al Consejo un proyecto de resolución sobre este tema.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) manifiesta que la Delegación de su país debe admitir, a veces, cierta frustración al considerar

lo que en definitiva son complejos proyectos de programa y presupuesto, que requieren un minucioso análisis para determinar la posición que debe adoptar el país sobre determinados aspectos. Ahora bien, está seguro de que esta frustración debe ser aún mayor para el personal que prepara el presupuesto, ya que la tarea es indudablemente más difícil que cuando se trata de leer y examinar el documento.

Señala que escuchó con interés la información sobre el creciente empleo de técnicas de computación electrónica. Estas técnicas permitirán facilitar a los Gobiernos abundante información de utilidad para ellos. Por ejemplo, se pueden registrar en cinta magnética datos presupuestarios para preparar de una manera rápida y económica cualquier relación detallada. Añade que tal vez no sería factible incluir todos los cuadros resultantes en un volumen ya bastante grueso, pero podrían facilitarse *in extenso* a petición del Ministerio de Salud interesado. Por último, manifiesta que desearía conocer la opinión del Director sobre la posibilidad de que esta sea una solución para el problema que se examina.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que, a su entender, la Oficina ha logrado un progreso considerable en la forma de presentación de su presupuesto y subraya que no se puede sintetizar en un solo documento lo que sucedió el año anterior; es decir, lo que los auditores estiman que ha sido el mecanismo financiero de desembolso de los fondos, y lo que se proyecta realizar en los dos años siguientes. Indica que, por lo menos, se trata de algo muy complejo que no serviría para aclarar el conocimiento de la cuestión.

Considera que lo que parece preocupar al Representante del Perú es que, a su juicio, el programa de la Oficina no se ejecuta siguiendo la técnica llamada de presupuesto funcional. Recuerda el Dr. Horwitz que los Gobiernos han señalado reiteradamente su deseo de saber con la mayor exactitud posible cuánto del total del presupuesto se va a invertir y a qué proyecto se va a aplicar, en cada país, en un período determinado. Precisa que, por eso, se presenta el presupuesto por programas y se describe la política a seguir para cada función; además, a continuación, aparece cada programa clasificado por países, como el Consejo ha acordado que se haga. Añade que si, atendiendo las indicaciones del Representante del Perú, el Consejo desea que todo el documento se presente en términos de

actividades por programas, la Oficina hará lo que se le encomiende.

Estima, sin embargo, que el sistema actual cumple con los dos objetivos y es mucho más ilustrativo. Además, si el presupuesto, en su presentación actual, se correlaciona cuidadosamente con el Informe Anual y con la forma en que los recursos fueron desembolsados, como aparece en el Informe del Auditor Externo, se podrá disponer de los elementos de juicio necesarios para apreciar o criticar la labor realizada en un año determinado.

Aclara que el proceso adoptado es un proceso dinámico y que, como el Dr. Drobny ha manifestado en la presentación del documento que se examina, se estudia la posibilidad de introducir técnicas electrónicas en el análisis de los datos, las cuales sólo podrán aplicarse con la estructura presupuestaria adoptada.

Cree que el uso de computadores permitirá correlacionar un número mayor de variables que el que ahora se tiene en cuenta, y muestra su incertidumbre de si, para tener una idea clara de la distribución porcentual de las actividades por función, deben hacerse cálculos muy elaborados, que tal vez complicarían la situación en su conjunto.

En cuanto al problema de la peste, por el cual ha mostrado tanta preocupación el Representante del Perú, el Dr. Horwitz declara que la Oficina procederá a aumentar los recursos asignados para aquel en los términos en que figura en los proyectos a que se ha referido dicho Representante. Agrega que hay que tener presente el hecho de que este foco en la frontera del Perú con Ecuador existe desde hace años y muestra que hay muchas incógnitas epidemiológicas, sobre todo en lo que respecta a los portadores selváticos de peste. Indica que la Oficina viene realizando gestiones para llevar a cabo, con la colaboración de una institución de los Estados Unidos de América, el estudio detallado de la dinámica de la peste selvática en esa región, pero que tales gestiones no han dado todavía los resultados previstos. Por ello, sólo se aplican los métodos clásicos de control, eliminando en cierta forma los focos o brotes epidémicos que aún se registran en esa zona. Anuncia que la Oficina hará un esfuerzo en el curso de 1966 para intensificar su ayuda económica, si es posible en mayor medida que la consignada en el proyecto de programa y presupuesto.

Considera, por último, que el Consejo debe resolver en definitiva sobre el sistema a aplicar en el

futuro en cuanto a la presentación del programa y presupuesto, si en términos de funciones o en la forma mixta en que en la actualidad se hace, prometiendo irlo perfeccionando, a fin de que los datos mejoren en cantidad y calidad y el Consejo pueda formarse cada vez un juicio más certero en materia de programas, de presupuesto y de realizaciones en cada período.

El PRESIDENTE indica que el proyecto de resolución presentado por el Representante de Guatemala será distribuido para ser sometido a votación en la próxima sesión.<sup>9</sup>

*Se suspende la sesión a las 4:30 p.m.  
y se reanuda a las 5:00 p.m.*

El Dr. QUIRÓS (Perú) agradece las explicaciones que ha proporcionado el Director de la Oficina y afirma que el presupuesto tiene que ser evaluado en números. Se refiere seguidamente a la estructura del presupuesto y alude a los títulos del cuadro 6 del *Documento Oficial 61*, señalando que hasta la página 34 del mismo, se ha seguido la misma secuencia para describir la situación en cada renglón y las cantidades asignadas. Considera que en vez de hacer la descripción por títulos, se podría descomponer esta primera parte y clasificarla por programas, precisando el programa y país a que corresponde cada uno, con lo que los Gobiernos conocerían con más facilidad y claridad lo que se está realizando en su propio país, lo que se hace en los programas interpaíses y todos los demás datos.

Estima asimismo que, si en la última parte, en donde se hace una descripción de los programas y se señala el objetivo, la duración del programa de colaboración prestada y la labor desarrollada, se procediera de igual forma, sería fácil efectuar confrontaciones.

Se refiere luego al Informe del Auditor Externo y subraya que en él se hace un análisis por títulos y no por programas, siendo muy diferente el hecho de transferir recursos asignados a actividades de campo a obligaciones de los Cuerpos Directivos, por ejemplo, a transferir los correspondientes a enfermedades transmisibles a atenciones de salud. Reconoce que se ha logrado un avance importante en el proceso de elaboración de documentos de esta clase y se muestra de acuerdo en que se recomiende al Director que proporcione una documentación cada vez más amplia y detallada que facilite la

<sup>9</sup> Véase decimoquinta sesión plenaria, pág. 203.

mejor evaluación del desarrollo de los programas. Sugiere que en el proyecto de resolución que se someta al Consejo se aluda específicamente a la presentación del presupuesto.

El Ing. RIVERA (Costa Rica) indica que, en su país, la presentación del presupuesto por programas originó, en el primer año de aplicarse este sistema, tal rigidez en la administración que constituyó un obstáculo para el desarrollo de ciertas actividades, por lo que, con el tiempo, esa orientación se ha modificado, adjudicándose a los programas partidas más o menos específicas que permiten controlar los gastos. La administración de los fondos se efectúa a base de partidas más generales que permiten una mayor flexibilidad de funcionamiento cuando las circunstancias lo exigen.

Afirma que, a su entender, la Oficina ha elaborado un presupuesto detallado por países, pero ha logrado mantener la flexibilidad necesaria para poder operar con eficiencia. Considera que aún no se ha logrado perfeccionar el procedimiento aplicado, pero reconoce que se han alcanzado notables progresos.

El Dr. AGUILAR HERRERA (Guatemala) precisa que en el proyecto de resolución presentado se ha tratado de secundar el criterio sustentado por el Comité Ejecutivo consistente en perseverar en la tarea de mejorar los procedimientos y de continuar la evaluación de los programas, que es lo que, por otra parte, desea el Representante del Perú.

### **Tema 33: Contaminación de la atmósfera y del agua en América Latina**

El Dr. HOLLIS (Jefe, Departamento de Saneamiento del Medio, OSP), al presentar el informe sobre la contaminación de la atmósfera y del agua en América Latina (Documento CD16/17),<sup>10</sup> señala que se ha preparado en cumplimiento de las propuestas<sup>11</sup> hechas durante la 51ª Reunión del Comité Ejecutivo, celebrada en septiembre de 1964. Explica que en el informe se exponen la situación y las tendencias de la contaminación de la atmósfera y del agua, y se sugieren actividades del programa, para prestar asistencia y apoyo a los Gobiernos.

En el mencionado informe se destacan, entre los principales factores que influyen en la contaminación de la atmósfera y el agua, la tendencia hacia la migración de la población rural a las ciudades, la

expansión de la industrialización y los adelantos tecnológicos. Advierte el Dr. Hollis que se prevé un aumento de la densidad de la población urbana, así como de las clases y del volumen de los desechos industriales. Por consiguiente, la contaminación de la atmósfera y del agua se irá agravando y extendiendo cada vez más y adquirirá mayor importancia para la salud y el bienestar de las poblaciones urbanas.

El informe también contiene detalles sobre el problema de salud pública constituido por la contaminación atmosférica y del agua. En ella se subraya la necesidad de proceder con un sentido práctico en el establecimiento de organismos reguladores, a fin de no impedir el crecimiento industrial y económico, y se señala la importancia de desarrollar los conocimientos científicos para determinar la manera y el momento en que deben aplicarse las medidas correctivas.

Sigue diciendo el orador que en el informe se presenta asimismo el plan de acción presente y futuro de la Organización. Se proyecta establecer una red continental de estaciones de toma de muestras de aire, que inicialmente comprenderá 10 ciudades de América Latina. En cuanto a la contaminación del agua, se proyecta el envío de misiones de consulta para que colaboren con los Gobiernos en la evaluación del estado y las tendencias de la contaminación y en el establecimiento de la vigilancia necesaria para determinar la clase y alcance de los organismos reguladores necesarios. Se sugiere también la conveniencia de que la Organización amplíe su sistema de obtención y divulgación de información técnica como medio de mantener a los Gobiernos al corriente de los resultados de las investigaciones y colaborar con ellos en la ejecución de programas de enseñanza y adiestramiento, a fin de conseguir un personal técnico competente, tan esencial para la labor de combatir la contaminación de la atmósfera y del agua.

Por último, se resumen la situación del problema, las tendencias y las necesidades. La contaminación atmosférica y del agua es una consecuencia de la industrialización y del desarrollo económico. En la América Latina, esta contaminación ya constituye un importante problema de salud pública en una serie de centros metropolitanos, y va aumentando en la mayoría de los países latinoamericanos. La salud y el bienestar de las poblaciones exigen que la contaminación de la atmósfera y del agua se

<sup>10</sup> Véase Anexo 8, págs. 407-410.

<sup>11</sup> Documento Oficial de la OPS 60, 247.

mantenga dentro de unos límites razonables. Por consiguiente, es preciso establecer las medidas necesarias de control que resulten prácticas y aplicarlas a fin de mantener un equilibrio apropiado en la protección de la salud y el bienestar de la población y el apoyo al desarrollo industrial y económico ordenado de las comunidades. Termina diciendo el orador que la colaboración con los Gobiernos en esta difícil tarea debe constituir un objetivo y una misión del programa de la Organización Panamericana de la Salud.

El Ing. RIVERA (Costa Rica), después de felicitar al Director y a la Oficina por la presentación de este tema a la consideración del Consejo, manifiesta que el crecimiento de la América Latina agudiza cada día el problema de los desechos y agrega que incluso los planes de industrialización llevan a utilizar los más recientes métodos industriales en el tratamiento de las sustancias residuales, tratamiento para el cual resulta cada vez más difícil aplicar los métodos convencionales. Para ello es indispensable contar con la asesoría de personal muy capacitado y recuerda al respecto la pronta, oportuna y capaz asesoría que la Oficina prestó a su país en el caso particular de una industria química que, con carácter regional, se estableció en Costa Rica y que amenazaba, o por lo menos existía el temor de que amenazara, con destruir la riqueza piscícola de la costa del Pacífico, de donde proviene buena parte de los productos del mar que sirven para aumentar el bajo consumo de proteínas animales de la población.

Considera que el documento presentado cubre en una forma general un problema que requiere, para muchos países de las Américas, asistencia técnica adecuada. Anuncia que, en consecuencia, va a presentar un proyecto de resolución sobre el tema. Insiste en que el gran crecimiento industrial y demográfico de la América Latina conduce a los países del Hemisferio a una situación por la que ya pasaron los más desarrollados, como es el caso de los Estados Unidos de América, cuya solución requirió cuantiosas inversiones y esfuerzos. A su juicio, poco se ha hecho hasta ahora en los países en proceso de desarrollo para afrontar este problema. Señala que, como cada país tiene sus características peculiares, el asesoramiento que se precisa ha de ser distinto también, teniendo en cuenta, además, las necesidades, y las posibilidades económicas de cada uno, a fin de mejorar las condiciones de vida de las respectivas poblaciones.

El Dr. RISTORI (Chile) se une a los plácemes expuestos por el Representante de Costa Rica al Director de la Oficina y a sus colaboradores por el interés atribuido a un problema al que, a juicio del orador, no han dado los países latinoamericanos la debida importancia en el pasado. Agrega que, a medida que progresa la industrialización de las Américas, es mayor el volumen e importancia de esta clase de problemas, y subraya que ya, en los últimos años en Chile, hay aspectos que han adquirido características graves, tanto en lo que se refiere a la contaminación del agua como a la del aire.

Informa que en lo concerniente a la calidad del agua, Chile se rige por normas muy similares a las vigentes desde 1946 en los Estados Unidos de América. La población urbana abastecida alcanza a cuatro millones y medio de habitantes, un 75% de la total del país. El control del agua es de la responsabilidad de la Dirección de Obras Sanitarias, que dispone de un laboratorio central, el cual cuenta con sus instalaciones en Santiago y con ocho laboratorios distribuidos en las zonas, con capacidad suficiente para realizar los exámenes físico-químicos y bacteriológicos indispensables. Añade que el Servicio Nacional de Salud, a través del Instituto Bacteriológico y de algunos laboratorios de zona, realiza una supervisión en la calidad del agua en los sistemas de agua potable y anuncia que, en un futuro cercano, se van a entregar a la explotación unos 400 sistemas rurales de agua potable, que van a ser verificados por el servicio general de salud, a través de un convenio con el Banco Interamericano de Desarrollo. Señala que continuará la expansión de los sistemas de agua potable, públicos y particulares. Para atender esta nueva demanda de control y en vista de que el Servicio Nacional de Salud ejercerá jurisdicción directa sobre los sistemas de agua potable rurales, se delegará esta responsabilidad a los laboratorios de zona mediante la complementación de sus recursos.

Informa el Dr. Ristori que se ha iniciado la tarea de uniformar la presentación de datos, de tal modo que se facilite el control bacteriológico y físico-químico del agua, disponiéndose de formularios-tipo que ya están siendo distribuidos; la revisión de las técnicas del muestreo permitirá un control perfeccionado de todos los servicios de agua.

Respecto a la contaminación de los cursos de agua por los desagües de alcantarillado o por los residuos industriales, declara que será el Servicio

Nacional de Salud el que revisará los proyectos de nuevas instalaciones de fábricas y de drenaje y fijará las normas que impidan la contaminación de los cursos de agua, labor que se ha visto reforzada desde mediados de 1961, fecha en que se celebró un convenio entre el Servicio Nacional de Salud y la Universidad de Chile para el uso del laboratorio de física y química de la Escuela de Salubridad, que funciona en la ciudad de Santiago. Añade que en este laboratorio se practican estudios de los cuales se han derivado ciertas exigencias para determinadas industrias, especialmente se encuentran rigurosamente controladas las del curtido, las metalúrgicas, las de productos químicos, fábricas de cocina, refinerías de azúcar, y destaca el control establecido sobre las plantas de celulosa del área de Concepción, que descargan sus desperdicios sobre importantes corrientes de agua, siendo su producción total de unas 200.000 toneladas anuales de celulosa. Informa que dichas fábricas habían originado una contaminación importante del agua.

Subraya que a fin de que mejore la situación existente, y con el objeto de evitar problemas que tengan su origen en los vaciamientos de los alcantarillados y de residuos industriales de gran volumen procedentes de grandes concentraciones, Chile se ha trazado el siguiente plan: constituir una comisión nacional para la prevención de la contaminación del agua y dotar a las provincias del país de un número adecuado de ingenieros y técnicos que posean estudios especializados sobre la materia y estén dotados de los recursos necesarios para ejercer su labor. Añade que además de sus funciones en este campo, colaborarán en programas de saneamiento. Asimismo, las autoridades se proponen incrementar los medios con que cuenta el laboratorio de física y química de la Escuela de Salubridad, que está capacitado para hacer el estudio de los controles y aplicar los criterios más convenientes para prevenir la contaminación del agua; por último, se promoverá la construcción de plantas para el tratamiento de aguas servidas, de acuerdo con los fondos disponibles.

En lo que se refiere a la contaminación del aire, el Dr. Ristori afirma que en tres ciudades: Santiago, Valparaíso y Concepción, podría originarse un grave problema, pero que las condiciones meteorológicas de Valparaíso y Concepción, y su densidad industrial, relativamente baja, contribuyen a disminuir las proporciones de tal problema. No obstante, en

Santiago, con más de dos millones de habitantes, teniendo concentradas en sus áreas urbanas el 60% de las industrias del país, y una circulación de alrededor de 150.000 automóviles, la cuestión es más grave. Indica que Santiago está ubicado en el fondo de un valle, rodeado de montañas que sobrepasan los 2.000 m de altura y el total de lluvia es del orden de los 300 mm por año, con vientos de una velocidad media inferior a los 2 km por hora, siendo muy pobre la ventilación vertical, por lo que existen elementos contaminantes que permanecen en el aire con concentraciones suficientes para constituir una seria amenaza.

Manifiesta que el Servicio Nacional de Salud se preocupó de este problema desde hace algunos años, actuando fundamentalmente sobre la producción excesiva de humo, susceptible de determinarse incluso sin instrumental especializado. Añade que mientras las primeras mediciones de polvo sedimentable que se efectuaron en el año 1962, alcanzaban a 20 toneladas por km<sup>2</sup> y por mes en la parte céntrica de la ciudad, hoy sólo alcanzan a 5 toneladas por km<sup>2</sup> por mes, por lo que se puede afirmar que el problema se ha reducido en la ciudad de Santiago a una cuarta parte de su importancia primitiva.

Señala que el programa ha adquirido gran importancia con la instalación en Chile del Instituto de Higiene del Trabajo e Investigación de la Contaminación Atmosférica, que entró en funciones en el año 1964 con la asesoría técnica de la Oficina y con la ayuda económica del Fondo Especial de las Naciones Unidas, que aportó \$400.000 con este objeto. Describe como funciones primordiales de este Instituto la investigación y la docencia, actuando además como laboratorio central del Servicio Nacional de Salud para estos fines. Hace constar que la ayuda económica permitió la adquisición de equipo especializado y la contratación de un experto en los aspectos meteorológicos del problema, con lo cual se ha iniciado una medición de mejor calidad y más completa, cuyos resultados podrán ser conocidos dentro de pocos meses. Anuncia que en la actualidad se celebra el primer curso para especialistas en prevención del riesgo del trabajo y contaminación del aire, que tiene una duración de cinco meses, y en el que participan 14 alumnos chilenos y dos alumnos extranjeros becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Termina diciendo que la Oficina se ha propuesto que Santiago participe en un programa de medición de la contaminación del aire que abarcaría a 10 ciudades en América Latina, iniciativa muy valiosa

que, a su juicio, debe ser apoyada, y que constituye un compromiso que Chile acepta gustosamente.

*Se levanta la sesión a la 5:40 p.m.*

## DECIMOQUINTA SESION PLENARIA

*Jueves, 7 de octubre de 1965, a las 9:20 a.m.*

*Presidente:* Dr. RAYMUNDO DE BRITTO (Brasil)

*Después:* Dr. RODERICK ESQUIVEL (Panamá)

### **Tema 21: Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas (conclusión)**

#### *Temas seleccionados por el grupo de trabajo*

El PRESIDENTE abre la sesión y anuncia que el grupo de trabajo encargado de la selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, consideró los tres temas siguientes, de los que es preciso seleccionar uno:

1. Medios para promover y hacer efectiva la coordinación entre los servicios y programas de los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y otras que desarrollan actividades relacionadas con la salud.
2. Cómo extender la prestación de servicios de salud a la población rural.
3. Erradicación de las enfermedades.

El Dr. BLAKSLEY (Argentina) se refiere al tema 3 y señala que, para mayor claridad, convendría sustituir la expresión "Erradicación de las enfermedades" por la de "Enfermedades erradicables". Recuerda que ya en la época del Dr. Fred L. Soper, los términos "control" y "erradicación" crearon un gran problema a la Oficina y los programas respectivos contra la malaria y el *A. aegypti* representaron y siguen representando un gran desembolso. Declara que la Delegación de su país no tendría inconveniente en votar a favor del tema "Enfermedades erradicables".

El Dr. ESQUIVEL (Panamá) señala que, como el tema 3 fue sugerido por la Delegación de los Estados Unidos de América, tal vez el Dr. Williams desee formular alguna explicación al respecto.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) explica que el propósito ha sido incluir un tema de carácter general para su estudio en las Discusiones Técnicas, y se ha considerado que los aspectos epidemiológicos de los programas de erradicación de enfermedades en general, sin referencia a ninguno en particular, reunían este requisito. No se ha previsto que las Discusiones giren en torno a la erradicación de la viruela, de la malaria ni de otra enfermedad, sino sobre los principios básicos de la epidemiología y de la organización, planificación y ejecución de programas aplicables a la erradicación de cualquier enfermedad.

El Dr. FERREIRA (Brasil) opina que la duda que asalta al Representante de la Argentina se limita más o menos al significado epidemiológico del tema. Estima muy oportuna la explicación ofrecida por el Dr. Williams y agrega que la idea de definir la erradicación como una materia de discusión técnica es de trascendental importancia, porque representa, justamente, un nuevo criterio en la labor de salud pública y sirve para combatir la costumbre, que va generalizándose, de tratar de erradicar lo no erradicable y emplear métodos de erradicación que no son tales. A juicio de la Delegación del Brasil, esa actitud bastaría para presentar este tema en las Discusiones Técnicas, lo que permitiría suscitar un debate amplio, considerando el concepto de erradicación en términos generales.



El PRESIDENTE anuncia que se va a proceder a elegir el tema para las Discusiones Técnicas en votación por escrito, mediante papeletas. A tal efecto designa como escrutadores al Dr. Esquivel (Panamá) y al Dr. Williams (Estados Unidos de América).

Se procede a la votación y seguidamente el Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) anuncia que según le comunican los escrutadores, ha habido 21 votantes, constituyendo 11 votos la mayoría necesaria.

*Decisión:* Por 13 votos a favor se selecciona el tema "Medios para promover y hacer efectiva la coordinación entre los servicios y programas de los Ministerios de Salud, las instituciones de seguridad social y otras que desarrollan actividades relacionadas con la salud", para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.<sup>1</sup>

### **Tema 27: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas (conclusión)**

#### *Proyecto de resolución presentado por el grupo de trabajo*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al nuevo proyecto de resolución presentado por el grupo de trabajo con las enmiendas propuestas en la decimotercera sesión plenaria, cuyo texto dice así:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el informe sobre el estado actual del programa de erradicación de la viruela en las Américas presentado por el Director (Documento CD16/29);

Teniendo en cuenta las resoluciones sobre dicha erradicación, adoptadas en las XIII, XIV, XV y XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas, así como por el propio Consejo, en especial la Resolución XLI de su XV Reunión;

Considerando que la viruela puede ser erradicada y que para ello se dispone de técnicas y medios de eficacia comprobada; y

Teniendo en cuenta la Resolución WHA18.38 de la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, en la que se declara que la erradicación mundial de la viruela es uno de los objetivos principales de la OMS,

RESUELVE:

1. Declarar la erradicación de la viruela en las Américas como uno de los principales objetivos de la Organización Panamericana de la Salud.

<sup>1</sup> Resolución XXIX. Documento Oficial de la OPS 66, 35.

2. Reiterar y confirmar las anteriores resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización en el sentido de que la viruela debe ser erradicada en el Continente a la mayor brevedad.

3. Recordar a los Gobiernos que la organización y ejecución de programas nacionales de vacunación antivariólica es una obligación específica de ellos.

4. Recomendar a los Gobiernos que, paralelamente con el desarrollo de programas intensivos de vacunación, organicen actividades destinadas a mantener altos niveles de inmunidad en las poblaciones, y que en los países donde el programa de erradicación se ha cumplido, pero que no han puesto en marcha las operaciones de mantenimiento, las inicien a la brevedad posible.

5. Instar a los Gobiernos de los países en donde no hay viruela y en donde el nivel de protección de la población general contra la enfermedad es bajo, a que pongan en marcha, por los medios que en cada caso se considere apropiado, un programa destinado a elevar rápidamente el porcentaje de población vacunada contra la viruela.

6. Instar a los Gobiernos a que intensifiquen los servicios de vigilancia epidemiológica con vistas al descubrimiento e investigación precoces de los casos sospechosos de viruela y para evitar la propagación de la enfermedad; dentro de este propósito, recomendar a los Gobiernos que tomen medidas especiales para la confirmación por el método clínico, el laboratorio y la investigación epidemiológica de los casos sospechosos de viruela que ocurran en sus territorios.

7. Solicitar que el Director de la Oficina prepare una estimación sobre los recursos financieros y de otro orden necesarios para la erradicación de la viruela por parte de los diversos países así como de la Organización, y que presente dicha estimación a la 54ª Reunión del Comité Ejecutivo y a la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.

8. Reiterar a la Oficina Sanitaria Panamericana que continúe coordinando los programas nacionales de vacunación antivariólica y que preste la asistencia necesaria a estos para su éxito, incluyendo ya sea asesoría técnica en la planificación, ejecución, investigación y entrenamiento de personal, así como la provisión de vacunas, materiales y equipos y determinados gastos locales cuando sea necesario.

9. Instar al Director de la OSP a que colabore con los Gobiernos en las gestiones que se lleven a cabo para la obtención de cooperación económica y material para sus programas nacionales.

10. Pedir a los Gobiernos que estén en situación de hacerlo que, además de vacuna antivariólica, aporten recursos económicos y materiales, y especialistas, a los programas nacionales de otros países del Continente que los necesiten, ya sea en forma directa o a través de la OSP.

11. Expresar su reconocimiento a los países del Continente que en forma generosa han contribuido con vacuna antivariólica a los países que la necesitan y no la producen en cantidad suficiente.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado.<sup>2</sup>

### **Tema 25: Adiestramiento de personal auxiliar (conclusión)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación de México*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al proyecto de resolución cuyo texto dice así:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Documento CD16/11, presentado por el Director, sobre la labor preliminar que se ha llevado a cabo para la celebración de una reunión con el objeto de formular una política de adiestramiento de personal auxiliar en los países de las Américas, que corresponda a sus necesidades,

RESUELVE:

Tomar nota de que se ha cumplido la recomendación formulada por el Consejo en su XV Reunión respecto a la realización de un estudio sobre el adiestramiento de personal auxiliar y encomendar al Director que informe oportunamente a los Cuerpos Directivos de la Organización sobre las conclusiones que se adopten en la reunión prevista de autoridades nacionales con experiencia o interés en la materia, a fin de establecer una política para la formación de dicho personal.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución.<sup>3</sup>

### **Tema 31: Procedimiento para la presentación de informes al Consejo Directivo (conclusión)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Guatemala*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al proyecto de resolución, cuyo texto dice así:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director (Documento CD16/9) sobre el procedimiento para la presentación de informes al Consejo Directivo; y

Teniendo en cuenta las deliberaciones de la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo sobre esta materia y la Resolución XVII aprobada,

<sup>2</sup> Resolución XXX. Documento Oficial de la OPS 66, 35-37.

<sup>3</sup> Resolución XXXI. Documento Oficial de la OPS 66, 37.

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director sobre el procedimiento para la presentación de informes al Consejo Directivo y expresar su satisfacción con la manera en que estos informes son presentados, en especial con el progreso realizado en ellos en los últimos años.

2. Recomendar al Director que continúe el proceso de evaluación iniciado en los últimos dos años, a fin de proporcionar a los Cuerpos Directivos una documentación cada vez más clara del progreso alcanzado en el desarrollo de los programas en los que la Organización colabora con los Gobiernos.

*Decisión:* Por 18 votos a favor, uno en contra y ninguna abstención, se aprueba el proyecto de resolución.<sup>4</sup>

### **Tema 19: Discusiones Técnicas: "Métodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud" (conclusión)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Chile*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al proyecto de resolución que, sobre este tema, ha presentado la Delegación de Chile, cuyo texto dice así:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Informe Final de las Discusiones Técnicas sobre el tema "Métodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud";

Considerando que este Informe constituye un resumen del contenido de los siete documentos de trabajo y de las opiniones expresadas por los participantes; y

Teniendo en cuenta la urgencia de implantar los métodos recomendados para la obtención de los datos básicos necesarios para la planificación y administración de programas de salud,

RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe Final y de las recomendaciones formuladas en las Discusiones Técnicas sobre el tema "Métodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud".

2. Recomendar que la Organización y los Gobiernos realicen cuanto antes esfuerzos para aplicar las medidas recomendadas, a fin de desarrollar rápidamente estadísticas satisfactorias para la planificación y administración de programas de salud.

3. Encomendar al Director que proceda a la publicación y amplia difusión de los documentos de trabajo y del Informe Final de las Discusiones Técnicas.

<sup>4</sup> Resolución XXXII. Documento Oficial de la OPS 66, 37-38.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado.<sup>5</sup>

**Tema 24: Resoluciones del Consejo Ejecutivo de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional (conclusión)**

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al siguiente proyecto de resolución sobre este tema:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Documento CD16/19 y Addenda I y II, en el cual el Director somete a la consideración del Comité Regional para las Américas varias resoluciones adoptadas por la 18ª Asamblea Mundial de la Salud y por el Consejo Ejecutivo en sus 35ª y 36ª Reuniones; y

Teniendo en cuenta que la Oficina Sanitaria Panamericana ya se ocupa de las materias a que se refieren las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo,

RESUELVE:

Tomar nota de las siguientes resoluciones contenidas en el Documento CD16/19 y Addenda I y II: WHA18.33 y EB35.R45, Cuarto programa general de trabajo para un período determinado (1967-1971); WHA18.37, Estudio orgánico del Consejo Ejecutivo: Métodos de planificación y ejecución de proyectos, y WHA18.48, Reforma del Artículo 7 de la Constitución.

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado.<sup>6</sup>

**Tema 33: Contaminación de la atmósfera y del agua en América Latina (conclusión)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación de Costa Rica*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP), da lectura al siguiente proyecto de resolución sobre este tema, presentado por la Delegación de Costa Rica:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la importancia cada vez mayor que van adquiriendo los problemas de la contaminación de la atmósfera y del agua (Documento CD16/17);

Teniendo en cuenta que la creciente expansión demográfica está originando concentraciones urbanas e industriales sin precedentes que originan un gran volumen de desechos;

Teniendo en cuenta que los desechos sin control procedentes de centros urbanos e instalaciones industriales, contaminan la atmósfera y los recursos hidráulicos,

<sup>5</sup> Resolución XXXIII. Documento Oficial de la OPS 66, 38-39.

<sup>6</sup> Resolución XXXIV. Documento Oficial de la OPS 66, 39.

y si se producen en exceso resultan nocivos para la salud y el bienestar de la población, limitando la expansión industrial, así como los usos del agua de la tierra;

Reconociendo que los rápidos cambios tecnológicos que afectan a la producción y al empleo de productos industriales, así como que la clase y volumen de residuos contaminantes vienen a complicar aún más los problemas de la contaminación de la atmósfera y del agua;

Observando con satisfacción que el informe pone de relieve la importancia y la urgencia del desarrollo industrial, y la necesidad de que los Gobiernos actúen con sentido realista y práctico en el establecimiento y aplicación de disposiciones reguladoras, y concedan la debida consideración a la capacidad de la atmósfera y de los recursos hidráulicos para asimilar, sin peligro, volúmenes inocuos de materias contaminantes; y

Tomando en consideración las graves repercusiones que para la salud y el bienestar social y económico de la población significa una contaminación excesiva y sin control de la atmósfera y del agua, y que es preciso que los Gobiernos analicen cuanto antes los problemas y, si fuere necesario, apliquen las medidas apropiadas para remediar la situación,

RESUELVE:

1. Respalda las propuestas contenidas en el informe del Director (Documento CD16/17) para facilitar a los Gobiernos que la soliciten toda la asistencia técnica que requieran sobre todos los aspectos de la contaminación de la atmósfera y del agua, incluyendo en esta asistencia las medidas adecuadas que se requieran para determinar las tendencias de la contaminación de la atmósfera y del agua, para evaluar los problemas especiales y para desarrollar métodos prácticos de control.

2. Recomendar a los Gobiernos que concedan la debida atención a los problemas de la contaminación de la atmósfera y del agua y que, cuando sea necesario, amplíen su personal técnico y los correspondientes servicios a fin de mantener un control práctico y eficaz que permita evitar la contaminación excesiva de la atmósfera y del agua, sin dejar de considerar adecuadamente la importancia económica del desarrollo industrial.

3. Encarecer al Director que efectúe estudios sobre el costo de los procedimientos de control y utilice los recursos de la Organización para determinar métodos de tratamiento del agua que estén al alcance de las posibilidades económicas y tecnológicas de la población que ha de recibir los servicios, así como de la capacidad financiera y administrativa de los Gobiernos interesados.

4. Encomendar al Director que conceda la debida atención a los crecientes problemas de la contaminación de la atmósfera y del agua en los programas de asistencia de la Organización en materia de educación, adiestramiento e investigaciones, y que adopte disposiciones para reunir y divulgar información científica que pueda ser de utilidad a los Gobiernos sobre las repercusiones de la

contaminación de la atmósfera y el agua en la salud y la economía, y sobre las medidas correctivas a este respecto.

El Dr. QUIRÓS (Perú) hace constar que el Gobierno de su país juzga fundamental que las actividades a que se refiere el informe presentado sobre la materia alcance el máximo desarrollo posible. Añade que la experiencia habida al respecto ha sido muy aleccionadora.

Señala que en el Perú se ha desarrollado muy rápidamente la industria de harina de pescado, en la cual, en pocos años, dicho país se ha convertido en el primer productor del mundo en ese ramo. Sin embargo, esta actividad ha dado origen a graves problemas sanitarios: la contaminación de playas y corrientes de agua, a consecuencia de la eliminación de desechos procedentes de la referida industria, así como la contaminación atmosférica.

Señala que como la ciudad de Lima se encuentra rodeada de cerros las modalidades de su clima son muy especiales. Indica que, según había destacado el Dr. Ristori con respecto a su país, la contaminación atmosférica en Lima plantea un problema muy serio, especialmente la originada por la combustión defectuosa en los motores de automóvil. En cierto sector de la ciudad, el Instituto de Salud Ocupacional determinó la existencia de concentraciones nocivas de monóxido de carbono. Estima que el problema es complejo dada la estrechez de las calles y el gran número de vehículos que por ellas transitan, muchísimos de los cuales se encuentran en mal estado de funcionamiento. Declara que su Delegación considera el tema de la contaminación atmosférica y del agua digno de toda la atención posible.

Concluye el Dr. QUIRÓS notificando que el Instituto de Salud Ocupacional de su país pone sus servicios a la disposición de cuantos países lo deseen, tanto para adiestramiento de personal como para proporcionar cualquier clase de asesoramiento técnico.

El Sr. BOARD (Estados Unidos de América) manifiesta que la Delegación de su país comparte los sentimientos expresados por otros Representantes al elogiar a la Organización y a su personal por haber tomado la iniciativa en esta materia al reconocer la posible gravedad de los problemas que se examinan y por haber emprendido estudios e investigaciones a fin de facilitar asistencia técnica, previa solicitud, para la solución de dichos problemas. Destaca la importancia del hecho de que la Organización esté elaborando planes para iniciar amplios estudios que

permitan aplicar medidas encaminadas a evitar graves condiciones como las que actualmente experimentan los diversos países. Añade que la Delegación de los Estados Unidos de América confía en que los Ministerios de Salud, particularmente los que están interesados en formular planes para programas a largo plazo, reconocerán y aprovecharán esta oportunidad a fin de aportar una amplia e importante contribución al desarrollo de sus respectivos países, dedicando pronta y eficaz atención a estos problemas.

El orador apoya firmemente el proyecto de resolución propuesto por la Delegación de Costa Rica, aunque sugiere una adición de menor importancia en el párrafo segundo de la parte dispositiva, para que quede redactado en los siguientes términos: "Recomendar a los Gobiernos que, por medio de sus respectivos Ministerios de Salud, concedan la debida atención a los problemas de la contaminación de la atmósfera y del agua . . .". La experiencia ha demostrado que a medida que estos problemas se agudizan más y despiertan el interés del público, diversos organismos se disputan la misión de aplicar las medidas encaminadas a resolverlos. La pronta delimitación de funciones, y el interés de los departamentos nacionales de salud podrían evitar esta confusión.

El Sr. BOARD observa con satisfacción que el personal de los programas de ingeniería, y particularmente el Jefe del Departamento de Saneamiento del Medio de la Oficina, no han perdido su entusiasmo y celo por lograr que se adopten medidas para resolver este problema. Señala el orador que él había llamado la atención sobre la situación existente en los Estados Unidos de América cuando este asunto era muy poco popular. Puesto que actualmente se observa un considerable interés por él, la Organización se encuentra, sin duda, en una situación excelente para tomar la iniciativa a fin de que los países latinoamericanos aborden estos problemas sin demora alguna.

El Sr. BURKE (Jamaica) agradece al Director el informe presentado que considera de gran utilidad, y añade que la Delegación de su país comprende que, como este se encuentra en proceso de desarrollo, tendrá que pagar las consecuencias del crecimiento industrial. Ahora bien, el Gobierno estima que las medidas apropiadas para el control de la contaminación de la atmósfera y del agua, en su actual fase de desarrollo, pueden evitar un elevado tributo en sufrimientos e incluso en

pérdidas de vidas humanas, que los países desarrollados han tenido que pagar y tal vez tengan que continuar pagando. Por consiguiente, expresa su satisfacción por la iniciativa tomada por la Organización Panamericana de la Salud a este respecto.

En cuanto a la contaminación del agua, estima que, aparte de que el tratamiento de desechos y del agua previene o controla la propagación de enfermedades, evitaría que un país tuviera que decidirse por una de dos industrias, ya que con un adecuado control se podrían instalar dos de ellas en lugar de una sola. Por ejemplo, es de lamentar que la industria azucarera haya contribuido a destruir la industria pesquera, cuando con un control apropiado de la contaminación del agua podrían existir ambas al mismo tiempo. Manifiesta el Sr. Burke que, con respecto a la contaminación de la atmósfera, la Delegación de su país comparte el criterio expresado en el documento, en el sentido de que es mejor prevenir que curar.

Seguidamente se refiere a otro aspecto del problema que, a su juicio, es de importancia general. En su conjunto, la Región se preocupa por las enfermedades de la población joven, y las medidas tomadas para combatir las empiezan a dar resultados. Ahora bien, a medida que aumenta la expectativa de vida, hay que preocuparse cada vez más por las enfermedades de las personas de edad mediana y avanzada. A su juicio, la atención que está recibiendo la contaminación del agua, y especialmente la de la atmósfera, facilitará la tarea en los próximos años.

Para terminar, el Sr. Burke manifiesta que la Delegación de su país apoya firmemente la iniciativa de la Organización en esta materia, y expresa la esperanza de que se prestará especial consideración a los problemas de la higiene industrial, los desechos industriales y la contaminación del agua a los que se ha hecho referencia.

El Dr. FERREIRA (Brasil) se adhiere a la enmienda propuesta por el Sr. Board, en el sentido de que se añade la frase "por medio de sus respectivos Ministerios de Salud" al párrafo segundo de la parte dispositiva del proyecto de resolución. Muestra su temor de que en los países en vías de desarrollo las actividades de medicina ocupacional y, en especial, las relativas a la contaminación atmosférica y del agua queden a cargo de otras instituciones, tal vez por falta de iniciativa de los organismos de salud. Cita, como ejemplo característico, lo ocurrido en su país a raíz de la visita efectuada por el Ing.

Bloomfield, prestigioso especialista de medicina ocupacional. Afirma que, gracias a su estímulo, se estableció en el Estado de Río de Janeiro un laboratorio de higiene industrial, dependiente del Servicio Estatal de Salud, de la Facultad de Medicina y de la Fundación Servicio Especial de Salud Pública, laboratorio que funcionó durante algún tiempo, con excelentes resultados, pero que, posteriormente, por falta de interés, quedó más o menos abandonado, aun cuando, más adelante, el Ministerio de Trabajo haya empezado a interesarse por dicho laboratorio.

Cree que si no se pone especial atención en que las cuestiones de contaminación atmosférica y del agua—y de una manera más genérica las actividades de medicina ocupacional—dependan de los organismos de salud pública, dentro de pocos años ocurrirá con ellas lo que ha sucedido con la previsión social. La medicina ocupacional dependerá de una serie de organizaciones, y cuando las instituciones de salud quieran encargarse de ellas se encontrarán con que el campo ya está ocupado por otros organismos, lo que, a su juicio, complicará más aún el problema. Por todo ello, el Dr. Ferreira manifiesta que se solidariza con las declaraciones formuladas por los Representantes de los Estados Unidos de América y de Jamaica, cuyas palabras representan un incentivo para que los organismos de salud pública, especialmente en la esfera industrial de los países en vías de desarrollo, no tengan que pagar el tributo que costó a los países más adelantados el hecho de no haber concedido la debida prioridad a estas actividades en el campo de la salud.

El Dr. HYRONIMUS (Francia), después de expresar su satisfacción por el interés con que el Consejo ha examinado el tema, señala que en los Departamentos Franceses de América se plantea también el problema de la contaminación del agua y del aire, lo que se debe en especial a la existencia de las destilerías e ingenios de azúcar. Como consecuencia de haberse obligado a los industriales a adoptar medidas para evitar la contaminación derivada de las aguas residuales de los ingenios azucareros, se produjo una situación difícil, al imponerse a los ingenios, por dicho motivo, cargas financieras considerables en el momento en que tropezaban con dificultades para vender el azúcar.

Alude también al problema que plantea el empleo cada vez mayor de ciertos detergentes, que perjudican seriamente el funcionamiento de las instala-

ciones de depuración de agua y estima que habrá que suprimir el empleo de algunos de ellos o utilizar otros que sean menos nocivos.

Por último, el orador habla del empleo de la energía atómica en la actividad industrial y señala que en los citados Departamentos Franceses se efectúa regularmente el control del agua y del aire, así como de los pastizales y de la leche, con el fin de determinar el grado de contaminación motivado por ciertas industrias que utilizan la energía atómica. Si bien el Dr. Hyronimus estima que este problema está un tanto al margen del tema, no cabe duda de que el Consejo y la Conferencia se interesarán cada vez más por su estudio en el futuro.

El Dr. ACOSTA (Colombia) se suma totalmente a las manifestaciones expuestas por los distintos Representantes que le han precedido en el uso de la palabra, y observa que el debate se ha orientado hacia el aspecto del tema relativo al desarrollo industrial en las zonas urbanas. A su entender, el Consejo Directivo está preocupado fundamentalmente por la contaminación atmosférica, que se derivará, en lo futuro, del desarrollo manufacturero en las ciudades. Añade que, si bien en los países latinoamericanos la industria se ha desarrollado notablemente, el sector rural y agrícola continúa representando la fuente principal de ingresos para las economías de dichos países. Así, pues, considera el Dr. Acosta que conviene tener en cuenta también el desarrollo del sector agrícola latinoamericano y los problemas que plantea, y, a este efecto, sugiere que en el proyecto de resolución presentado por la Delegación de Costa Rica se agregue una frase en la que se destaque la importancia que debe concederse a la contaminación que, en forma transitoria pero intensa y general, se produce en las zonas rurales a consecuencia de las actividades de control de los cultivos. Como ejemplo de ello, señala que en el Perú y en Colombia se ha desarrollado mucho el cultivo del algodón y, al propio tiempo, se ha intensificado el empleo, sin discriminación alguna, de plaguicidas para controlar las plagas que atacan a dicha planta. El uso de estos plaguicidas produce una contaminación en la atmósfera y en las propias plantas de algodón que puede causar graves problemas para la salud de los seres humanos y de los animales que se encuentren en las zonas afectadas.

El Ing. RIVERA (Costa Rica) encuentra muy oportunas las observaciones sobre el proyecto de resolución formuladas por los Representantes de

los Estados Unidos de América y de Colombia, y señala que si la primera objeción se resuelve añadiendo la frase "por medio de los respectivos Ministerios de Salud", la segunda se soluciona simplemente añadiendo al final del párrafo segundo de la parte dispositiva los términos "y agrícola" a fin de que se diga ". . . del desarrollo industrial y agrícola", para que quede reflejada la idea expresada por el Representante de Colombia.

El Dr. QUIRÓS (Perú) se adhiere a las enmiendas propuestas por el Sr. Board y el Dr. Acosta y añade que no sólo existe el problema a que este último se ha referido en el medio agrícola sino que, además, hay que tener en cuenta los graves problemas planteados por los desechos de ciertas fábricas situadas en el sector rural como son, por ejemplo, los ingenios azucareros. Al parecer, se necesitan labores muy complejas para eliminar determinadas sustancias que estos ingenios producen y, en consecuencia, la cuestión que se examina no es tan sencilla como parece, por lo cual considera que valdría la pena intensificar las investigaciones en este campo.

El PRESIDENTE somete a votación el proyecto de resolución presentado por la Delegación de Costa Rica, con las dos enmiendas propuestas. De este modo, el párrafo segundo de la parte dispositiva comenzaría con las palabras: "Recomendar a los Gobiernos que, por medio de sus respectivos Ministerios de Salud, concedan la debida atención . . ." y terminaría con "la importancia económica del desarrollo industrial y agrícola".

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución presentado por la Delegación de Costa Rica, sobre la contaminación de la atmósfera y del agua en América Latina con las enmiendas propuestas por los Representantes de los Estados Unidos de América y Colombia.<sup>7</sup>

### **Tema 32: Transporte internacional de cadáveres**

El Dr. CUTLER (Director Adjunto, OSP) presenta el tema y explica que el Documento CD16/27,<sup>8</sup> sometido a la consideración del Consejo Directivo, contiene dos apéndices. En el primero se presenta un resumen de la legislación sobre el transporte internacional de cadáveres vigente en 31 países y otras entidades políticas del Hemisferio. Esta in-

<sup>7</sup> Resolución XXXV. Documento Oficial de la OPS 66, 40-41.

<sup>8</sup> Véase Anexo 10, págs. 413-419.

formación figuraba en el Documento CE52/17,<sup>9</sup> presentado a la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo, y luego ha sido puesta al día para la actual Reunión del Consejo, con la adición de las respuestas de los Gobiernos recibidas después de la del Comité. El segundo apéndice consiste en un informe del Grupo de Estudio sobre Transporte Internacional de Cadáveres, que el Director organizó en cumplimiento de la Resolución XVIII<sup>10</sup> de la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo. Además del informe con sus conclusiones, el Grupo de Estudio ha preparado un proyecto de normas generales para las Américas sobre la materia. Estas normas siguen, en general, las disposiciones propuestas en la Convención de Berlín, de 1937, sobre el Transporte de Cadáveres—que nunca se aplicaron, puesto que la convención no fue ratificada—si bien se han simplificado y puesto al día a base de la experiencia obtenida durante la Segunda Guerra Mundial y con posterioridad a ella.

A juicio del Dr. Cutler se puede afirmar que la legislación sobre el transporte internacional de cadáveres es bastante confusa y contradictoria. Muchos Gobiernos no cuentan con legislación alguna y otros han establecido disposiciones de distinta rigidez. Así, por ejemplo, hay casos en que se requiere que todo un compartimiento de equipaje o un vagón de carga se destine al transporte de un cadáver o que se acomode un compartimiento individual de un avión para este fin. En este caso, el costo del transporte puede ser muy considerable para la familia o el Gobierno u organización interesados.

En todas las legislaciones o disposiciones se observa un elemento común, es decir, la preocupación “desde el punto de vista sanitario” de evitar la transmisión de enfermedades epidémicas o contagiosas, por medio de un cadáver, a las personas que intervienen en su manipulación, en cualquier fase de este proceso.

El Dr. Cutler añade que en el informe preparado por el Grupo de Estudio se ofrecen varias alternativas en cuanto al procedimiento a seguir para la solución de este problema. En todas ellas, el objetivo final consiste en alcanzar uniformidad en las Américas con respecto al transporte internacional de cadáveres. Para terminar, manifiesta que el Director de la Oficina se complacerá en llevar a cabo las recomendaciones que el Consejo Directivo estime oportuno formular.

<sup>9</sup> *Ibid.*, p. 414.

<sup>10</sup> *Documento Oficial de la OPS* 62, 18.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) considera apropiado expresar algunas observaciones, ya que la Delegación de su país pidió que se incluyera el tema en el programa de la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo.

Seguidamente describe cómo algunos representantes de las empresas funerarias de los Estados Unidos de América habían llamado la atención sobre los problemas que se les planteaban en la preparación de los cadáveres para su transporte, tanto desde el país a otros lugares del mundo, como desde otros países a los Estados Unidos de América. Pone de relieve el hecho de que en este país no existe una sola ley nacional que rija el método de preparación de cadáveres para su transporte; en cambio, hay por lo menos 50 leyes estatales, lo que causa una gran confusión porque no existe uniformidad.

El informe presentado revela la misma falta de uniformidad en el plano internacional. Considera el Dr. Williams que el Grupo de Estudio ha realizado una buena labor al preparar un proyecto de normas que, a su juicio, merecen minucioso estudio y consideración. Asimismo hace hincapié en la necesidad de encontrar la forma y los medios de llegar a una estandarización a este respecto en el Hemisferio Occidental, así como en todo el mundo.

Estima el Dr. Williams que, con las modernas técnicas de embalsamamiento y el transporte aéreo, se podían trasladar los cadáveres a largas distancias, relativamente sin complicaciones de mayor importancia desde el punto de vista sanitario. Por otro lado, aun en el caso de fallecimientos por enfermedades infecciosas las posibilidades de transmisión por medio de un cadáver debidamente preparado son mucho menores. Puesto que no existe otro grupo profesional disponible para tomar la iniciativa, estima el orador que la OPS debería tratar de resolver un problema de evidente importancia en el Hemisferio.

Expresa la conformidad de la Delegación de su país con el excelente informe del Grupo de Estudio mencionado, así como con las sugerencias formuladas por el Dr. Cutler. Por consiguiente, anuncia que, oportunamente presentará un proyecto de resolución encomendando al Director que dé forma definitiva a las disposiciones propuestas y que las transmita a los Gobiernos de la Organización Panamericana de la Salud y al Director General de la OMS para que formulen observaciones, y expresa la esperanza de que para la próxima

reunión del Comité Ejecutivo se podrá disponer del proyecto definitivo de normas, así como de las mencionadas observaciones de los Gobiernos, para que el Comité realice un minucioso e intensivo estudio del mismo.

*El Dr. Esquivel (Panamá) pasa a ocupar la Presidencia*

El Dr. RISTORI (Chile) considera que el tema que se discute está adquiriendo una gran importancia debido a las exigencias que existen al respecto, las cuales, a su entender, exceden de las justificaciones de tipo sanitario. No hay duda de que, en la actualidad, se da una interpretación errónea al riesgo que puede significar el transporte de un cadáver, y que, en definitiva, no es sino reminiscencia de las épocas en que había graves epidemias de peste y de viruela, en las que, evidentemente, sí existía esta clase de peligro. En su país, los requisitos exigidos son mínimos y, en realidad, suelen limitarse, en primer lugar, a que las instituciones sanitarias locales autoricen el traslado, previa concesión del visado correspondiente por el representante diplomático del país al que se desea hacer el envío. A este fin, es indispensable la presentación de una copia del certificado de defunción, autorizada por el Servicio Nacional de Salud. Las disposiciones legales relativas al traslado de cadáveres figuran en el Código Sanitario Chileno, pero en este ni siquiera se exige el requisito propuesto por los expertos en medicina legal, de que sólo debe autorizarse el traslado de cadáveres embalsamados o reducidos esqueléticamente. Añade que, en la práctica, sin embargo, las compañías de transporte, aéreas o marítimas, exigen una serie de medidas complementarias que van mucho más allá de lo preceptuado por las respectivas legislaciones sanitarias. El Dr. Ristori estima que si la intención del Consejo consiste en aprobar una resolución que permita simplificar los trámites y reducir los requisitos relativos al traslado de cadáveres a las medidas indispensables para garantizar la debida seguridad sanitaria, dichos acuerdos, una vez modificada la legislación correspondiente de cada país, deberían ser comunicados a las compañías de transporte aéreo y marítimo al objeto de que reduzcan sus propias exigencias.

*Se levanta la sesión a las 10:30 a.m.  
y se reanuda a las 11:15 a.m.*

El Dr. QUIRÓS (Perú) desea agregar a la sugerencia del Dr. Ristori, que juzga muy atinada, que

se pida no sólo a las autoridades de salud sino a otras, así como a las compañías de aviación, que faciliten los trámites para el transporte internacional de cadáveres. Subraya que, muchas veces, incluso las autoridades aduaneras oponen dificultades a este respecto.

El PRESIDENTE anuncia que la Delegación de los Estados Unidos de América ha presentado un proyecto de resolución sobre el tema que se distribuirá inmediatamente para ser sometido a votación en el curso de la sesión.<sup>11</sup>

## **Tema 12: Planificación de hospitales y otros servicios de salud (conclusión)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación de la Argentina*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al proyecto de resolución, cuyo texto dice así:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo estudiado el informe final del Comité Asesor sobre Planificación de Hospitales y Otros Servicios de Salud (Documento CD16/24) preparado de conformidad con la Resolución XXV, adoptada en la XV Reunión del Consejo Directivo;

Teniendo en cuenta que uno de los servicios básicos de salud es la atención médica y que, dada su importancia y gravitación en el desarrollo económico de los países, se requiere un esfuerzo continental para reforzar la acción nacional en esta materia y su coordinación, a fin de proporcionar oportunamente dicha atención, reducir sus costos y asegurar su eficacia; y

Estimando que la construcción de nuevos establecimientos de salud y la remodelación de los existentes, incluidos los hospitales, así como el mejoramiento de su organización y administración, son aspectos indispensables de una política continental, nacional o local,

RESUELVE:

1. Aprobar el informe final del Comité Asesor sobre Planificación de Hospitales y Otros Servicios de Salud (Documento CD16/24) y agradecer al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, así como a los miembros del Comité, la labor realizada.

2. Recomendar que la Oficina Sanitaria Panamericana amplíe sus actuales recursos en esta materia, de modo que pueda cooperar en estudios y asesorar a los países y a los organismos internacionales en los siguientes campos:

a) El planeamiento y organización de servicios nacionales de salud basados en sistemas regionales adecuados, con el fin de lograr el aprovechamiento óptimo de los recursos existentes, estableciendo costos y prioridades en los gastos e inversiones.

<sup>11</sup> Véase pág. 213.



b) La administración de hospitales y otros servicios de salud con el objeto de aumentar su eficiencia y rendimiento.

c) El estudio de las necesidades de las diversas categorías de personal, así como los medios para su formación y adiestramiento.

d) La incorporación de los mencionados conceptos a los programas de enseñanza de las escuelas de medicina y el estímulo a las universidades y otros centros educativos para que realicen investigaciones al respecto.

e) La determinación de los costos y del financiamiento de los diversos sistemas de atención médica, incluso de los servicios autónomos y paraestatales, así como la construcción y dotación de hospitales.

f) La utilización de los recursos internacionales, de tal modo que no sólo cumplan con los propósitos para los que fueron destinados, sino que sirvan, además, para estimular la expansión de los recursos nacionales dedicados a iguales fines, así como para el mejor aprovechamiento de estos.

3. Encomendar al Director de la Oficina que, a fin de alcanzar estos objetivos, establezca las estructuras convenientes y utilice, además, para ello los recursos actuales disponibles destinados a estas actividades.

4. Recomendar que la Oficina intensifique sus relaciones de trabajo con los organismos internacionales, públicos y privados, interesados en esta materia, con el objeto de asegurar que la planificación de los hospitales y otros servicios de salud ocupe el lugar que le corresponde dentro de la atención médica y, por ende, en los programas nacionales de salud.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) propone que la frase en el párrafo segundo de la parte dispositiva del proyecto de resolución que dice: "Amplíe sus actuales recursos en esta materia", diga: "en la medida de lo posible sin perjuicio a las prioridades establecidas para los programas . . .".

El Dr. FERREIRA (Brasil) solicita que se aclare el punto presentado por el Representante de los Estados Unidos de América. A su juicio, se trata sólo de una cuestión de estilo, que en ninguna forma comprometería o cambiaría programas que ya han sido aceptados y aprobados. Opina, por lo tanto, que la enmienda propuesta se limite a decir "dentro de las posibilidades".

El Dr. MARTÍNEZ (México) sugiere que en el párrafo primero de la parte dispositiva del proyecto de resolución se diga "Tomar nota del Informe Final . . ." en vez de "aprobar el Informe Final . . .".

Observa además cierta discrepancia en la redacción del inciso d) del párrafo segundo de la parte

dispositiva. Estima que en la administración de hospitales no se habla de un concepto sino de un hecho, lo mismo que el estudio de las necesidades de las diversas categorías de personal, a que se refiere el inciso c). Por consiguiente, sugiere que el inciso d) se redacte de modo que diga ". . . la incorporación de dichos temas a los programas . . .".

El Dr. RISTORI (Chile) considera que la enmienda propuesta por el Representante de los Estados Unidos de América da al proyecto de resolución un carácter restrictivo, en lo que se refiere al programa propuesto. Dada la extraordinaria importancia de este último, la Delegación de su país no es partidaria de dicha enmienda y preferiría mantener el texto original tal como fue presentado por la Delegación de la Argentina.

El Ing. RIVERA (Costa Rica) manifiesta que no está de acuerdo en la separación, que parece establecerse en el proyecto de resolución examinado, entre hospitales y otros servicios de salud, ya que en el inciso d) lo que se pretende es que las universidades y los futuros médicos conozcan en forma amplia los problemas existentes en el campo de la salud. Hubiera deseado que la planificación de hospitales y otros servicios se enfocara con el propósito de resolver los problemas en su conjunto, y que se hiciera ver a los futuros médicos la idea de que el hospital ha dejado de ser ya algo así como un castillo medioeval, ya que se trata, por el contrario, de una institución que dispone de personal integrado totalmente a la comunidad en sus aspectos educativos y de salud.

El PRESIDENTE comunica al Consejo que el Director le ha hecho saber que el informe del Comité Asesor está basado precisamente en los principios expuestos por el Ing. Rivera.

El Dr. AGUILAR RIVAS (El Salvador) señala que, a su juicio, la recomendación formulada a la Oficina Sanitaria Panamericana es demasiado amplia y difícil de cumplir. Por ejemplo, no ve cómo se relaciona el inciso e), en el que se habla de "la determinación de los costos y del financiamiento de los diversos sistemas de atención médica, incluso de los servicios autónomos y paraestatales, así como la construcción y dotación de hospitales" con el tema en estudio, que es la planificación de hospitales y otros servicios de salud. Desea conocer la opinión del Director a este respecto.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) explica que el inciso mencionado por el Representante de El Salvador debe leerse conjuntamente con el párrafo segundo, porque lo que se recomienda a la Oficina, cualquiera que sea el texto final que se adopte sobre dicho párrafo, es que coopere en estudios y asesore a los países para determinar los costos, que es lo que queda expresado en el inciso e). Como sin duda sabe el Representante de El Salvador, la Oficina ya ha asesorado y determinado costos y financiamientos de sistemas de atención médica, así como respecto a la construcción y dotación de hospitales, siguiendo un proyecto de investigación de la Organización Mundial de la Salud con algunos países de las Américas. Se trata de una función asesora, ya sea directa a los Gobiernos o a organismos internacionales de financiamiento o de otra índole que participen en la solución de este problema. Por lo tanto, la Oficina puede ejercer esta labor de asesoría y la ha estado ejerciendo en algunos países desde hace algún tiempo.

El Dr. AGUILAR HERRERA (Guatemala) muestra su preferencia porque se mantenga el texto original del párrafo segundo donde, según entiende, se pide a la Oficina que busque fuentes de financiamiento para la realización de este programa. En cambio, con la modificación propuesta por el Representante de los Estados Unidos de América, parece que se trata de mantener la recomendación dentro del actual presupuesto de la Oficina sin recurrir a nuevas fuentes de financiamiento.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) agradece al Dr. Ferreira sus observaciones e indica que desearía que la recomendación leyera: "dentro de las limitaciones impuestas por las prioridades de sus programas".

El PRESIDENTE declara cerrado el debate y somete a votación el proyecto de resolución presentado por la Delegación de la Argentina, con las enmiendas propuestas por los Representantes de los Estados Unidos de América y México.

*Decisión:* Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución sobre el tema, presentado por la Delegación de la Argentina, con las enmiendas propuestas por los Representantes de los Estados Unidos de América y de México.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Resolución XXXVII. Documento Oficial de la OPS 66, 42-43.

### **Tema 30: Reconocimiento de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina por la Organización Panamericana de la Salud**

El Dr. VILLARREAL (Unidad de Educación Médica y Adiestramiento para la Investigación, OSP), al presentar el Documento CD16/6<sup>13</sup> sobre este tema, manifiesta que la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina es un organismo no gubernamental, de carácter exclusivamente educativo y científico que, de acuerdo con sus Estatutos, se propone contribuir, en forma organizada y progresiva, al perfeccionamiento de la educación médica en las Américas. Fue creada el 29 de noviembre de 1962 en ocasión de la Tercera Conferencia Latinoamericana de Facultades de Medicina, celebrada en Viña del Mar, Chile, en cuya ocasión se aprobaron sus Estatutos. La Federación ha servido de estímulo para que en los países en que hay tres a más escuelas de medicina, se formen asociaciones nacionales, como la Asociación de Escuelas de Medicina del Perú, constituida hace unos cuantos meses, y la Asociación de Escuelas de Medicina de Venezuela, cuya acta constitutiva fue aprobada recientemente. Las actividades de la Federación son financiadas por contribuciones de las asociaciones o escuelas y por las aportaciones de fundaciones filantrópicas interesadas en la educación en las Américas. Desde su creación dicha Federación ha solicitado el asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud, y ha expresado su deseo de llevar a cabo actividades conjuntas.

Estima que la Federación puede constituir un lazo de unión importante entre la Organización Panamericana de la Salud, como organismo intergubernamental, y las instituciones de educación superior encargadas de la formación de médicos, por lo que parece ventajoso y útil establecer una colaboración estrecha entre la Federación y la Organización con el objeto común de perfeccionar la educación médica en las Américas. Se considera que hay varias actividades cooperativas de interés mutuo que la OPS y la Federación pueden llevar a cabo para el fortalecimiento de la educación médica en el Continente.

A continuación, el Dr. Villarreal somete a la consideración del Consejo el siguiente proyecto de resolución:

<sup>13</sup> Documento mimeografiado.

## EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Documento CE52/6 sobre el reconocimiento de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina y teniendo en cuenta las consideraciones alegadas en el mismo;

Vistos los Estatutos de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina;

Considerando lo dispuesto en el Artículo 26 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y en la Resolución XXVIII de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana; y

Teniendo en cuenta la Resolución XV sobre este asunto, adoptada por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión,

## RESUELVE:

1. Reconocer oficialmente a la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina como organismo no gubernamental representativo de las facultades y escuelas de medicina de las Américas.

2. Autorizar al Director para que, dentro de las posibilidades financieras y presupuestarias, desarrolle en cooperación con la Federación aquellas actividades de interés mutuo que contribuyan al fortalecimiento de los programas de educación médica en el Continente.

El Dr. FERREIRA (Brasil) hace constar su convencimiento de que el proyecto de resolución que acaba de leerse será apoyado por los Representantes del Consejo, sobre todo porque en anteriores ocasiones se ha destacado la importancia que tiene el establecimiento de relaciones de los organismos de salud con los establecimientos universitarios e instituciones de enseñanza médica. Señala que, además de las Federaciones de Venezuela y del Perú, existe una tercera en el Brasil cuyos Estatutos han sido ya aprobados. Informa que esta es presidida por el Dr. Amador Neghme, siendo su Director Ejecutivo el Dr. Ernani Braga y funciona en una sede provisional concedida gentilmente por la Oficina de la Zona V de la OSP en Río de Janeiro.

Subraya que lo importante es que contribuirá a que todas las escuelas de América tengan en consideración en la enseñanza, las investigaciones, la formación y preparación del personal, aquellas aspiraciones tan necesarias para que se realicen y amplíen los trabajos de salud pública en las Américas. Anuncia que apoya el proyecto de resolución presentado.

*Decisión:* Por 16 votos a favor, ninguno en contra y 1 abstención, se aprueba el proyecto

de resolución sobre el reconocimiento de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina por la Organización Panamericana de la Salud.<sup>14</sup>

**Tema 18: Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana**

El Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP), al hacer la presentación del Documento CD16/5<sup>15</sup> sobre el tema, explica que las enmiendas introducidas por el Director en el Reglamento del Personal de la Oficina fueron confirmadas<sup>16</sup> por el Comité Ejecutivo, en su 52ª Reunión, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 030 de dicho Reglamento. El Director General de la Organización Mundial de la Salud introdujo cambios análogos en el Reglamento del Personal de la misma, que fueron confirmados por el Consejo Ejecutivo en su 35ª Reunión (Resolución EB35.R21).<sup>17</sup>

El Dr. Portner señala la uniformidad que existe en cuanto a las condiciones de empleo. La Oficina Sanitaria Panamericana se ajusta lo más posible a las medidas adoptadas por la OMS, la que a su vez se guía por las decisiones de las Naciones Unidas.

A continuación explica en detalle las modificaciones introducidas en los Artículos 210.1, 430.2, 640.4, 730.3, 870, 1110.4, y 1110.6. Dichas modificaciones reflejan ajustes de menor importancia y, en algunos casos, se trata simplemente de cambios de tipo editorial, con excepción del Artículo 730.3 que contiene una propuesta más importante.

Añade el Dr. Portner que este último cambio afecta a la remuneración del personal en cuanto al cómputo de las aportaciones a la Caja de Pensiones y a las prestaciones a esta.

Esta modificación se basa en una recomendación formulada por un grupo de expertos que se reunió en 1960 para examinar el funcionamiento de la Caja Común de Pensiones del Personal. Dicho grupo recomendó que, en las organizaciones internacionales, las pensiones debían basarse en el nivel de sueldo bruto, como en otros empleos, en lugar del nivel neto, una vez deducidos los impuestos. Por varios motivos, el grupo no estimó que era

<sup>14</sup> Resolución XXXVIII. *Documento Oficial de la OPS* 66, 44.

<sup>15</sup> Documento mimeografiado.

<sup>16</sup> Resolución VII. *Documento Oficial de la OPS* 62, 10.

<sup>17</sup> *Act. of Org. mund. Salud* 140, 17.

posible, en esta etapa, pasar inmediatamente del nivel neto al bruto. Por consiguiente, como medida inicial recomendó que la pensión se calculará a base de una cifra intermedia entre el sueldo neto y el bruto. Esta recomendación fue adoptada por los órganos legislativos de las diversas organizaciones, y se reflejó en una enmienda al Artículo 210.2 (ahora Artículo 730.3) del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, confirmada por el Comité Ejecutivo en su 43ª Reunión. Se estima ahora que las organizaciones pueden proceder con la segunda etapa de la recomendación del grupo de expertos, es decir, computar la pensión a base del sueldo bruto, con efecto a partir del 1 de marzo de 1965. El artículo modificado toma también en cuenta la parte de la remuneración del personal correspondiente al ajuste por costo de vida como base para calcular las aportaciones de la Caja de Pensiones y las prestaciones de esta.

*Decisión:* Por unanimidad se acuerda tomar nota de las enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, presentadas por el Director en el Anexo al Documento CE52/14, y confirmadas por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión.<sup>18</sup>

### **Tema 32: Transporte internacional de cadáveres (conclusión)**

*Proyecto de resolución presentado por la Delegación de los Estados Unidos de América*

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al siguiente proyecto de resolución sobre este tema:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Documento CD16/27, sobre el transporte internacional de cadáveres, y los Anexos I y II del mismo, que contienen información sobre la legislación vigente en 31 países y otras entidades políticas de las Américas, así como el Anexo III, en el que figura el informe del grupo de estudio sobre dicho asunto;

Teniendo en cuenta las opiniones expresadas por los Representantes al Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión y durante el examen del tema en el Consejo Directivo; y

Considerando la Resolución XVIII adoptada en la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director y los anexos

<sup>18</sup> Resolución XXXIX. Documento Oficial de la OPS 66, 44-45.

al mismo, sobre el transporte internacional de cadáveres (Documento CD16/27).

2. Expresar su agradecimiento al Director por el informe presentado y por el proyecto propuesto de normas generales para las Américas sobre el transporte internacional de cadáveres.

3. Encomendar al Director que prepare un proyecto definitivo de normas, para las Américas, sobre el transporte internacional de cadáveres, y lo transmita, a la mayor brevedad posible, a los Gobiernos para que lo examinen y presenten sus observaciones, a fin de someterlo a la consideración del Comité Ejecutivo y que este formule recomendaciones sobre las medidas a adoptar.

4. Encomendar al Director que envíe copia de esta resolución, junto con el proyecto propuesto de normas, para las Américas, sobre el transporte internacional de cadáveres, al Director General de la Organización Mundial de la Salud.

*Decisión:* Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.<sup>19</sup>

### **Tema 28: La epilepsia en las Américas**

El Dr. GONZÁLEZ (Asesor Regional en Salud Mental, OSP), al presentar el Documento CD16/18,<sup>20</sup> manifiesta que la importancia de la epilepsia como problema medicosocial en las Américas ha sido señalada en varias oportunidades por los científicos de la Región, quienes han llamado la atención sobre su magnitud y sobre la necesidad de tomar medidas para su solución.

En diversas ocasiones se ha manifestado que es posible que en los sectores de la población económicamente débiles, y en las regiones donde las enfermedades infecciosas son de alta prevalencia y la atención maternoinfantil es inadecuada, la incidencia y prevalencia de la enfermedad sea muy alta. Sin embargo, en la mayoría de los casos tales aseveraciones no tienen otro valor que el de presunciones o estimaciones que es preciso confirmar ateniéndose a un riguroso método epidemiológico. Sobre la base de los resultados obtenidos, siguiendo tal método, se podrían adoptar medidas tanto en el campo de la prevención como en el de la asistencia.

En lo concerniente a los aspectos legales y sociales de la enfermedad, es bien sabido que en diversos países existen discriminaciones de este tipo, que coartan la libertad del paciente epiléptico y

<sup>19</sup> Resolución XXXVI. Documento Oficial de la OPS 66, 41-42.

<sup>20</sup> Véase Anexo 9, págs. 411-412.

le privan de ciertos derechos ciudadanos, sin otra base que los prejuicios acumulados durante siglos contra las personas que padecen dicha enfermedad. En algunos países existen discriminaciones legales y en los diferentes textos y en la jurisprudencia de cada nación se puede estudiar la situación del paciente en ese aspecto. Tal investigación sería laboriosa y requeriría una inversión sustancial de fondos, dado lo disperso del material jurídico disponible. También se han señalado en varias ocasiones las discriminaciones de carácter no legal, y para efectuar un estudio adecuado de ellas sería necesario crear grupos de trabajo en los cuales deberían participar sociólogos y antropólogos culturales.

El Dr. González recuerda que el Consejo Directivo, en su XV Reunión celebrada en México en 1964, aprobó la Resolución III<sup>21</sup> en la cual se encomendó al Director que efectuara un estudio de la incidencia y distribución de la epilepsia en las Américas, así como de las discriminaciones de carácter legal y de otra índole de que son objeto los pacientes de esta enfermedad.

Como un primer paso para cumplir el citado mandato, la Oficina Sanitaria Panamericana convocó en mayo de 1965 una reunión sobre epidemiología de las enfermedades mentales en la América Latina, en la cual se examinó concretamente la cuestión de las investigaciones epidemiológicas en epilepsia, realizables en la Región y se formularon ciertas recomendaciones. En uno de los países ya se ha iniciado una investigación de esta clase de acuerdo con las recomendaciones formuladas.

En relación con el aspecto jurídico, el Dr. González señala que el Centro de Información en Salud Mental de Latinoamérica, ha procedido a recopilar textos legales y a elaborar la bibliografía disponible. Concluye diciendo que en el documento presentado sobre este tema se da cuenta más detallada de la labor realizada.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) felicita al Dr. González por el excelente informe que ha presentado, que es a la vez claro, breve y preciso. Destaca la importancia continental del problema, en especial para cierto número de países del Area del Caribe; y menciona los congresos celebrados en Curazao, en Jamaica y, recientemente, en Martinica (habiendo sufragado el Gobierno de Francia los gastos de este último), para examinar los problemas

de higiene mental en general, y la epilepsia en particular.

El Dr. Hyronimus agradece a la Oficina que haya prestado al problema todo el interés que el mismo merece, y somete a la consideración del Consejo un proyecto de resolución, cuyo texto dice así:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director (Documento CD16/18), acerca de la labor realizada en relación con el estudio de la incidencia y distribución de la epilepsia en las Américas, en cumplimiento a la Resolución III adoptada por el Consejo en su XV Reunión,

RESUELVE:

Recomendar al Director de la Oficina que, en cooperación con los Gobiernos, desarrolle un programa de investigación epidemiológica de la epilepsia y que continúe el estudio de los aspectos jurídicos de la enfermedad.

El Dr. Quirós (Perú) expresa su satisfacción por la forma en que se ha presentado tan importante tema, al cual considera que los psiquiatras prestan escasa atención. Añade que existe una gran aversión hacia los pacientes de epilepsia debido al carácter dramático de los ataques, y señala a este respecto el abandono de que se les hace víctimas, ya que hay oposición muy extendida a darles trabajo. Apunta que, en algunos países, hay incluso legislación que no permite trabajar a dichos enfermos. Por lo tanto, considera que es de fundamental importancia conseguir la rehabilitación de estos pacientes, para darles seguridad y contribuir a su tratamiento.

Destaca que en el Perú no sólo los psiquiatras, sino también los servicios de salud han descuidado el problema. Hay una sola liga voluntaria de lucha contra la epilepsia, que dirige un centro en el cual se facilita adiestramiento en trabajos que puedan realizar dichos pacientes. Por esto la Delegación del Perú tiene gran interés en que se realice la proyectada encuesta epidemiológica, ya que el problema merece especial atención.

El Dr. CASTILLO REY (Venezuela) señala que la Delegación de su país se asocia a las felicitaciones por el informe presentado, en el que se destacan los aspectos médicos, epidemiológicos, sociales y legales del problema en las Américas. Considera evidente la necesidad de continuar, y de profundizar, en esta clase de estudios. Subraya que las limitaciones legales y sociales que afectan a dichos enfermos deben ser examinadas con sumo cuidado,

<sup>21</sup> Documento Oficial de la OPS 58, 8-9.

porque son trasuntos del pasado, que no tienen validez en las sociedades modernas. La única limitación que podría existir, a su juicio, es la de carácter laboral, pero entendida exclusivamente en la medida en que ciertos trabajos puedan suponer riesgos para la vida del ser aquejado de dicha enfermedad. Con esta excepción, no habría ninguna otra que fuese válida para incapacitar social o jurídicamente a los epilépticos.

El Sr. PHILIPPEAUX (Haití) apoya el proyecto de resolución presentado y se manifiesta de acuerdo con las observaciones formuladas sobre el tema. Señala la necesidad de estudiar esta enfermedad, no sólo en sus aspectos jurídicos, sino también sociales. Por lo tanto, propone que en la parte dispositiva se diga "... los aspectos jurídicos y sociales de la enfermedad".

*Decisión:* Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución con la enmienda propuesta por el Representante de Haití.<sup>22</sup>

### **Convocatoria de la 53ª Reunión del Comité Ejecutivo**

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) anuncia que el Comité Ejecutivo se reunirá al día siguiente para proceder a la elección del Presidente y Vicepresidente, el examen de las resoluciones del Consejo Directivo de interés para el Comité, y la fecha de su próxima reunión.

*Se levanta la sesión a las 12:20 p.m.*

<sup>22</sup>Resolución XL. Documento Oficial de la OPS 66, 45.

## **SESION DE CLAUSURA**

*Viernes, 8 de octubre de 1965, a las 11:15 a.m.*

*Presidente:* Dr. RAYMUNDO DE BRITTO (Brasil)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y manifiesta que se va a someter a la consideración de los Representantes el Informe Final de la XVI Reunión del Consejo Directivo.

### **Expresión de simpatía y votos del Consejo por la salud del Presidente de los Estados Unidos de América**

El Dr. RISTORI (Chile) propone que el Consejo Directivo, por medio del Director de la Oficina, haga llegar al Excmo. Sr. Presidente de los Estados Unidos de América, Lyndon B. Johnson, que acaba de someterse a una intervención quirúrgica, la expresión del sentimiento de la Organización por la enfermedad que le aqueja y el unánime deseo de su rápido restablecimiento.

*Así se acuerda.*

### **Aprobación y firma del Informe Final**

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da cuenta del

Informe Final y de las 40 resoluciones aprobadas que figuran en el mismo.

El PRESIDENTE somete a la aprobación del Consejo Directivo el Informe Final de la Reunión.

*Decisión:* Se aprueba por unanimidad y sin modificaciones el Informe Final y cada una de las Resoluciones I a la XL que lo integran.<sup>1</sup>

Seguidamente firman el Informe Final el Presidente de la XVI Reunión del Consejo Directivo, Dr. Raymundo de Britto, y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretario *ex officio* del Consejo, Dr. Abraham Horwitz.

### **Homenaje a la memoria del Dr. Guillermo Rojas Sucre, de Panamá**

El Dr. QUIRÓS (Perú) invita al Consejo a que rinda homenaje a la memoria del Dr. Guillermo

<sup>1</sup>El texto completo del Informe Final aparece en el Documento Oficial de la OPS 66 (1966).

Rojas Sucre, Representante de Panamá en la XV Reunión del Consejo Directivo, que acaba de fallecer, haciendo constar en acta el sentimiento de la Organización. Propone que se guarde un minuto de silencio.

*Todos los participantes, puestos en pie, guardan un minuto de silencio en homenaje a la memoria del Dr. Guillermo Rojas Sucre.*

### **Clausura de la XVI Reunión del Consejo Directivo**

El PRESIDENTE expresa su agradecimiento por el honor que se le ha conferido de presidir la Reunión, y añade que ha sido una prueba de fraternidad continental y de amistad hacia el Brasil.

Manifiesta igualmente su gratitud a todos los Representantes por la sincera colaboración que le han prestado y por la inteligencia y amplio criterio con que han examinado los problemas. Hace extensivo su reconocimiento al Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina, por su valiosa cooperación, y al personal técnico y de Secretaría, por el excelente desempeño de sus respectivas funciones.

A continuación dedica un elogio al Informe Anual del Director, al Informe del Auditor Externo y al

proyecto de programa y presupuesto de la Organización. Manifiesta asimismo su satisfacción por la forma en que se ha desarrollado la Reunión y por las importantes resoluciones adoptadas, tales como las relativas a la malaria, la viruela, las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de la seguridad social y los Ministerios de Salud (problema de gran significado para las Américas), la contaminación de la atmósfera y el agua, y otras. Destaca el orador la importancia de la labor de la Organización, que se ajusta al ideal común de hacer bien a la humanidad.

Señala además que, en un momento en que todos los esfuerzos y entusiasmos se unen para realizar una cruzada de recuperación económica en el Hemisferio, sólo la salud y la educación pueden permitir al hombre efectuar un trabajo productivo y racional. Los Gobiernos de las Américas aspiran al engrandecimiento de los pueblos del Hemisferio, y en esa aspiración y en la lucha por el progreso constante se encuentran unidos por lazos de vieja amistad y fraternidad. Termina agradeciendo una vez más, en su nombre y en el del Brasil, la confianza y el honor de que ha sido objeto. Seguidamente declara clausurada la XVI Reunión del Consejo Directivo.

*Se levanta la sesión a las 11:50 a.m.*

---

### **3. ANEXOS**





## Anexo I

### INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO <sup>1</sup>

*Presentado por el Dr. Charles L. Williams, Jr. (Estados Unidos de América)  
Presidente de la 51ª y 52ª Reuniones del Comité Ejecutivo*

En cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo C del Artículo 9 de la Constitución, tengo el honor de informar al Consejo Directivo sobre las actividades desarrolladas por el Comité Ejecutivo entre septiembre de 1964 y septiembre de 1965, período durante el cual celebró sus 51ª y 52ª Reuniones.

En la 51ª Reunión, que tuvo lugar en México, D.F., el 11 de septiembre de 1964, después de la clausura de la XV Reunión del Consejo Directivo, tomaron posesión de sus cargos los siguientes Representantes: Dr. Charles C. Wedderburn (Jamaica), Dr. Guillermo Rojas Sucre (Panamá), y Dr. Juan Motezuma Ginnari (Venezuela), por haber elegido el Consejo a dichos países para formar parte del Comité. Asistieron además los siguientes Representantes: Dr. Manoel José Ferreira (Brasil), Sr. Carlos A. Moreno Velázquez (Costa Rica), Dr. Charles L. Williams, Jr. (Estados Unidos de América), y Dr. Miguel E. Bustamante (México); estuvo también presente, en calidad de Observador, el Dr. Carlos Quirós Salinas (Perú).

En la 51ª Reunión, asimismo, tuve el honor de ser elegido Presidente del Comité para el período a que se refiere el presente informe. Me correspondió, pues, presidir la 51ª y 52ª Reuniones del Comité. La elección de Vicepresidente recayó en favor del Representante del Brasil, Dr. Manoel José Ferreira.

A la 52ª Reunión, celebrada en Washington, D. C., del 19 al 23 de abril de 1965 asistieron los siguientes Representantes, Suplentes y Asesores: Dr. Manoel José Ferreira (Brasil), Lic. Francisco Castro Víquez (Costa Rica), Dr. Charles L. Williams, Jr., Dr. Benjamin D. Blood, Sr. Leonard M. Board, Sr. Howard B. Calderwood, Sr. Paul J. Byrnes, Dr. Jacques M. May, y Sr. Simon N. Wilson (Estados

Unidos de América), Dr. Charles C. Wedderburn (Jamaica), Dr. Manuel B. Márquez Escobedo (México), Dr. Alberto E. Calvo (Panamá), y Dr. Daniel Orellana (Venezuela). También participó en la reunión el Sr. Milton P. Siegel, Subdirector General de la Organización Mundial de la Salud, y asistieron en calidad de Observadores: Dr. Pedro Alvarez Tabío (Cuba), Dr. Carlos Quirós Salinas (Perú), Srta. Christine Yvonne Henny y Sr. A.G.O. Smit (Reino de los Países Bajos), y Sr. Armando L. Cassorla, Sra. Alzora H. Eldridge y Sr. Beryl Frank (Organización de los Estados Americanos).

De conformidad con el Artículo 12 del Reglamento Interno, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana es Secretario *ex officio* del Comité. En consecuencia, las funciones de Secretario correspondieron al Dr. Abraham Horwitz.

En la 51ª Reunión se trataron los temas que se indican a continuación:

#### **Estudio de los temas transmitidos al Comité por la XV Reunión del Consejo Directivo**

El Director de la Oficina dio cuenta de las resoluciones adoptadas por el Consejo Directivo, en las que se encomendaba específicamente al Comité Ejecutivo que examinara diversos aspectos mencionados en ellas. Se trataba de las relativas al anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966, pago de cuotas atrasadas, financiamiento del programa de erradicación de la malaria en las Américas, planificación de hospitales y otros servicios de salud, organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana, y las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como otros organismos gubernamentales en ese campo. El Director explicó en detalle las medidas y gestiones

<sup>1</sup> Documento CD16/28 (10 de septiembre de 1965). Los informes finales de la 51ª y 52ª Reuniones del Comité Ejecutivo aparecen en los *Documentos Oficiales de la OPS 60 y 62*, respectivamente.

que se proponía llevar a cabo de conformidad con las instrucciones del Consejo.

El Representante de México indicó la conveniencia de que se iniciase el estudio de la contaminación del agua y de la atmósfera, que causa considerables daños a la salud, sugerencia a la que se adhirió el Representante de Jamaica. El Director explicó la labor que se estaba llevando a cabo en ese aspecto por el Instituto Latinoamericano de Higiene del Trabajo y Estudio de la Contaminación Atmosférica, establecido en Santiago de Chile, que se encarga de examinar los problemas de la contaminación atmosférica.

#### **Fecha de la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo**

El Comité resolvió autorizar al Presidente del Comité Ejecutivo para que fijara, de acuerdo con el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, la fecha de la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo.

#### **Organización de la XVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XVII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas**

El Director de la Oficina informó que, salvo circunstancias imprevistas, la próxima Reunión del Consejo Directivo podría celebrarse en el nuevo edificio de la Sede de la Organización. Señaló que, dada la importancia de este acontecimiento, lo más indicado sería dedicar la reunión al análisis de los problemas que más afectan a los pueblos de las Américas y que aquella fuera de muy alto nivel, de ser posible con la asistencia de los Ministros de Salud del Continente.

En la 52ª Reunión se examinaron los siguientes temas:

#### **Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1964**

Estos informes fueron objeto de detenido estudio por parte del Comité, que tomó nota de los mismos y resolvió transmitirlos a la XVI Reunión del Consejo Directivo. Además, acordó encarecer a los Gobiernos que tengan cuotas pendientes de pago, que las hagan efectivas a la mayor brevedad posible, y a aquellos con atrasos de dos o más años que adopten un plan financiero, si todavía no lo han hecho, para el pago de las cuotas pendientes dentro de un plazo definitivo. Por otra parte, el Comité encomió la política de administración prudente

seguida por el Director en el curso de los años, en el sentido de mantener los egresos presupuestarios dentro del nivel de los ingresos, de incrementar el Fondo de Trabajo y de establecer reservas para atender a los costos por terminación de contrato.

#### **Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966**

El Comité efectuó un cuidadoso análisis, partida por partida, de las cifras del proyecto de programa y presupuesto correspondiente a 1966, presentado por el Director. Con ese fin se trataron diversos aspectos relacionados con las actividades de la Organización: forma de distribución del presupuesto entre los diversos países, Centro Panamericano de Zoonosis, atención médica y administración hospitalaria, número de puestos de funcionarios y asignaciones para viajes en comisión de servicio, enfermedad de Chagas, servicios de alimentos y drogas, enfermedades crónicas, seminario sobre las enfermedades venéreas, enseñanza de la medicina, etc.

Finalmente, el Comité decidió someter a la XVI Reunión del Consejo Directivo el proyecto de programa y presupuesto para 1966, preparado por el Director, y recomendar al Consejo que fijara en la cantidad de \$8.080.000 el nivel del presupuesto de la OPS para dicho año.

#### **Financiamiento del programa de erradicación de la malaria en las Américas**

En cumplimiento de una resolución adoptada por el Consejo Directivo en su XV Reunión, el Director presentó al Comité un informe sobre el financiamiento futuro del programa de erradicación de la malaria. El Comité, después de examinarlo detenidamente, resolvió tomar nota del informe presentado y transmitirlo a la XVI Reunión del Consejo Directivo, junto con cualquier otra información que se obtuviera sobre el particular.

#### **Informe sobre la recaudación de las cuotas**

Después de realizar un detenido estudio del informe presentado por el Director sobre el estado de la recaudación de las cuotas, el Comité tomó nota del mismo; felicitó al Director por los esfuerzos que ha realizado para obtener la liquidación de las cuotas atrasadas; expresó su preocupación por la seria situación financiera que persiste, especialmente respecto a las cuotas atrasadas por más de dos años;

recomendó al Director que diera instrucciones a los Jefes de Zona y a los Representantes de la OPS en los respectivos países, en el sentido de que realizaran continuos esfuerzos a fin de que estos pagaran puntualmente las cuotas correspondientes al ejercicio en curso y que liquidasen cuanto antes las retrasadas. Además, encomendó al Director que prosiguiera su labor para mantener ampliamente informados a los Gobiernos acerca del estado de la recaudación de las cuotas y de las repercusiones de la falta de pago de las mismas en la prosecución del programa de la Organización y, por otra parte, encareció a los Gobiernos que, por tener cuotas atrasadas pudieran quedar comprendidos en las disposiciones relativas a la suspensión de los privilegios de voto contenidas en el Artículo 6-B de la Constitución, que las hicieran efectivas a la brevedad posible, a fin de asegurar la plena participación de todos los Gobiernos, que es de tan vital importancia para la labor de la Organización.

#### **Aportaciones financieras no gubernamentales para actividades de salud**

El Comité examinó el informe sobre las aportaciones financieras no gubernamentales para actividades de salud, en el cual se daba cuenta de la creación de la "World Health Foundation of the United States of America" y del plan para el establecimiento de fundaciones nacionales similares en otros países. El Comité fue informado igualmente del Acuerdo concertado entre la Organización Mundial de la Salud y la OPS, firmado por el Director General de la OMS y el Director de la OSP en Washington, D. C., el 15 de octubre de 1964, sobre las modalidades de llevar las relaciones con la citada institución creada en los Estados Unidos de América.

El Comité recomendó al Consejo Directivo que tomara nota del mencionado acuerdo y que invitara al Director de la Oficina a continuar cooperando en el plan relativo a las fundaciones pro salud mundial y a adoptar las medidas que estimase necesarias para la consecución de los propósitos fundamentales establecidos en las Constituciones de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud.

#### **Informe sobre la racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana**

El Comité tomó nota del informe presentado por el Director sobre la racionalización administrativa

en la Oficina Sanitaria Panamericana y felicitó, tanto a aquel como al personal de la Oficina, por la labor realizada hasta la fecha para efectuar economías en la administración. Encomendó asimismo al Director que prosiguiera aplicando el programa de racionalización, que informara al Comité, en su 54ª Reunión acerca de los progresos logrados en ese aspecto, y que transmitiera la Resolución VI y el informe del Director a la XVI Reunión del Consejo Directivo.

#### **Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana**

El Comité confirmó las modificaciones al Reglamento del Personal de la Oficina, presentadas por el Director, idénticas a las adoptadas por la OMS y relativas a pequeños ajustes y cambios de carácter editorial en los Artículos 210.1, 430.2, 640.4, 870, 1110.4 y 1110.6, y una modificación de fondo en el Artículo 730.3, referente a la remuneración de los funcionarios computable a efectos de pensión, que, en virtud de la nueva modificación se establece sobre la base del sueldo bruto, incluido el ajuste por costo de vida.

#### **Organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana y enmiendas constitucionales**

El Comité examinó el informe sometido por el Director sobre la organización y estructura de la Conferencia Sanitaria Panamericana, las enmiendas constitucionales propuestas por diversos Gobiernos a este respecto, y el lugar de la próxima Conferencia.

El Consejo Directivo, en la Resolución XXXIX de su XV Reunión, celebrada en México en septiembre de 1964, había encomendado al Comité que presentara un informe a la XVI Reunión del Consejo sobre la organización, estructura y lugar de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud.

El Comité examinó a fondo este asunto, teniendo en cuenta los antecedentes y la documentación presentada. Al concluir sus deliberaciones estableció un grupo de trabajo integrado por el Representante de Panamá, Dr. Alberto E. Calvo, y el de Venezuela, Dr. Daniel Orellana, para que redactara un proyecto de informe que recogiera las opiniones vertidas en el curso de aquellas, a fin de someterlo al Consejo. Dicho proyecto fue examinado y modificado por el Comité en sesión plenaria, y la versión definitiva incluida como Addendum al Informe

Final de la Reunión.<sup>2</sup> Entre otras recomendaciones el Comité decidió someter a la consideración del Consejo las enmiendas a los Artículos 7-D y 12-B, propuestas por el Representante del Ecuador en la última reunión del Consejo, en el sentido de que la Organización abone los gastos de viaje de un Representante de cada Gobierno que asista a las reuniones de la Conferencia y del Consejo Directivo. El Comité propuso al Consejo Directivo que este encargue al Director que presente al Consejo un informe sobre la práctica de otras organizaciones del Sistema Interamericano, así como de los organismos vinculados a las Naciones Unidas respecto al pago del viaje o gastos de los representantes que asistan a las reuniones, y sobre la nómina de asistencia de miembros en que el viaje sea abonado por la Organización, y en que el viaje sea sufragado por los Estados Miembros. En la XV Reunión del Consejo, el Representante del Perú propuso que "El Comité Ejecutivo será el organismo encargado de supervigilar directamente la marcha de la Organización, fiscalizando su estado financiero y el cumplimiento de sus programas, asunto del que dará debida cuenta al Consejo y a la Conferencia para su aprobación en un amplio informe que será uno de los temas centrales de sus discusiones".<sup>3</sup> El Comité decidió informar al Consejo que había sido su criterio unánime, en el que había concurrido también el Observador del Perú, que las funciones asignadas al Comité por el Artículo 14 de la Constitución, especialmente en sus apartados D y E, son lo suficientemente amplias para que no sea necesaria la enmienda constitucional propuesta a la XV Reunión del Consejo por el Representante del Perú. Por otra parte, el Comité aceptó por unanimidad la propuesta del Observador del Perú, en el sentido de que el Comité Ejecutivo esté oficialmente representado en las reuniones del Consejo Directivo y de la Conferencia por su Presidente o por cualquier otro miembro que designe el Comité, y que la Organización se encargue de los gastos de transporte y viáticos de dicho Representante.

Además, el Comité decidió recomendar al Consejo Directivo que la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana se celebre en la nueva Sede de la Organización, en Washington, D. C., y que a tal efecto modifique los Artículos 7-A, B y C de la Constitución. También propuso al Consejo que

modificara el Artículo 1 de su propio Reglamento Interno, en el sentido de que las reuniones del mismo se celebren en la Sede de la Organización o en el lugar aprobado por la Conferencia o el Consejo, y no alternativamente como se estipula en la actualidad.

En la resolución pertinente, el Comité aprobó el informe del grupo de trabajo con las enmiendas introducidas en sesión plenaria, y decidió transmitirlo como suyo propio al Consejo, junto con el informe presentado por el Director sobre el mismo asunto, para que aquel adopte las medidas que estime convenientes.

### **Fondo Rotatorio de Emergencia**

El Comité tomó nota del informe del Director sobre el estado del Fondo Rotatorio de Emergencia y le encomendó que sólo incluya el tema de dicho Fondo, en el programa de las reuniones de los Cuerpos Directivos, cuando la situación del mismo sea de tal naturaleza que aconseje examinarla como asunto aparte del Informe Financiero.

### **Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede**

El Comité expresó su agradecimiento al Presidente y a los miembros del Subcomité Permanente de Edificios y Obras por su valiosa asistencia en la prosecución de todas las actividades relacionadas con la construcción del nuevo edificio de la Sede y, particularmente, en la venta de los inmuebles sitos en la Avenida New Hampshire, N. W., números 1501 y 1515. Además encomendó al Director que informara a los Gobiernos sobre las aportaciones al edificio de la Sede en forma de donaciones de obras de arte.

En otra resolución sobre el mismo tema, el Comité autorizó al Director a que efectuara anticipos de las reservas internas o a que contratase, en caso necesario, préstamos de fuentes externas, por una cantidad que no excediera de \$900.000, destinados al financiamiento de la construcción e instalaciones del nuevo edificio de la Sede hasta que se recibiera el producto total de los inmuebles antes mencionados.

### **Terceras Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial**

El Comité tomó nota con satisfacción e interés del informe presentado por el Director sobre las

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 62, 19-21.

<sup>3</sup> Documento Oficial de la OPS 60, 189.

Terceras Reuniones Anuales del CIES al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial, celebradas en Lima, Perú, del 30 de noviembre al 11 de diciembre de 1964, y decidió transmitir el mencionado informe a la XVI Reunión del Consejo Directivo, e invitar a este a que expresara su satisfacción por el interés que dichas Reuniones habían demostrado en la salud de las Américas y, en especial, por las resoluciones aprobadas al Nivel de Expertos sobre fiebre aftosa, abastecimiento rural y urbano de agua potable, inversiones en salud, y en las solicitudes para obtener financiamiento internacional en relación con programas de colonización, vialidad, urbanización, etc.

También acordó recomendar al Consejo Directivo que encomiende al Director de la Oficina que continúe desarrollando y fortaleciendo las relaciones entre la Organización, el CIES y el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP), con el objeto de lograr la integración total de las actividades de salud en los programas de desarrollo económico y social; y que el Consejo encarezca a los Gobiernos de la Organización que incluyan representantes de los Ministerios de Salud en sus delegaciones a las Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social, y que procuren asimismo incluir en el programa de dichas reuniones temas específicos relacionados con la participación del sector salud en el proceso dinámico del desarrollo de los pueblos de las Américas.

#### **Preparativos para la XVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XVII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas**

El Comité aprobó, con una ligera modificación, el programa provisional de temas de la XVI Reunión del Consejo Directivo, preparado por el Director, y le autorizó a que incorporara al mismo los nuevos temas que propusieran oportunamente los Gobiernos y las organizaciones con derecho a hacerlo.

Por otra parte, el Comité tomó nota del informe del Director sobre los preparativos para dicha Reunión y le autorizó para convocarla en las fechas del 27 de septiembre al 8 de octubre de 1965.

#### **Reconocimiento de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina por la Organización Panamericana de la Salud**

En vista de la solicitud formulada por dicha

Federación, el Comité decidió recomendar a la XVI Reunión del Consejo Directivo que la Organización Panamericana de la Salud reconozca oficialmente a la Federación como organismo no gubernamental representativo de las facultades y escuelas de medicina de las Américas y que, al mismo tiempo, autorice al Director para que, dentro de las posibilidades financieras y presupuestarias, desarrolle aquellas actividades cooperativas de interés mutuo con la Federación, para el fortalecimiento de los programas de educación médica en el Continente.

#### **Planificación de hospitales y otros servicios de salud**

El Comité estudió un informe sobre este tema, presentado de conformidad con la Resolución XXV, adoptada en la XV Reunión del Consejo Directivo y, al tomar nota del mismo, subrayó la necesidad de que el plan de operaciones expuesto en él fuese complementado por la labor del Comité Asesor que se designara para realizar un análisis del problema de la atención médica en el Continente, que abarcara todos los subsectores que participan en la prestación de dichos servicios. También recaló la importancia de que en el análisis de este problema en la próxima reunión del Consejo participaran altos funcionarios encargados de las prestaciones médicas de los servicios de seguridad social y encomendó al Director que, al convocar la mencionada reunión, sugiriera a los Gobiernos que incluyeran a dichos funcionarios en sus Delegaciones.

También recomendó al Consejo que prestara su apoyo a los planes propuestos y lo obtuviera por parte de los Gobiernos, y solicitó del Director que informase a la 54ª Reunión del Comité Ejecutivo y a la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana sobre los progresos alcanzados en la planificación de la atención médica incorporada a los servicios de salud o coordinada con ellos.

#### **Procedimiento para la presentación de informes al Consejo Directivo**

El Comité examinó detenidamente un informe del Director, en el que se analizaban los principales documentos administrativos presentados al Consejo. Decidió transmitir el mencionado informe a la XVI Reunión del Consejo Directivo y recomendó al Director que continuara el proceso iniciado en estos últimos años en el sentido de proporcionar a los Cuerpos Directivos una documentación que facilite la evaluación del desarrollo de los programas.

**Transporte internacional de cadáveres**

Por último, el Comité examinó un documento relativo al transporte internacional de cadáveres, que contenía información sobre la legislación vigente sobre esta materia en diversos países y entidades políticas de las Américas. El Comité tomó nota del informe presentado, encargó al Director que encomendara a un grupo asesor el estudio continuo del asunto, incluso la conveniencia de preparar una serie de normas generales para las Américas sobre el transporte internacional de cadáveres, y le encomendó asimismo que transmitiera a la XVI

Reunión del Consejo Directivo el documento presentado, junto con el informe del grupo asesor.

---

Al concluir este Informe, en el que he procurado exponer en forma objetiva y sucinta las decisiones más importantes adoptadas en ambas reuniones, debo expresar mi sincero agradecimiento a los miembros del Comité Ejecutivo por la confianza que en mí depositaron al elegirme Presidente y por la excelente colaboración que en el curso de las reuniones me prestaron el Vicepresidente y los demás Representantes. Agradezco igualmente al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y al personal de la misma la eficaz labor realizada con respecto a la organización y desarrollo de las citadas reuniones.

---

## Anexo 2

### XIII INFORME SOBRE EL ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS <sup>1</sup>

#### Introducción

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana tiene el honor de presentar a la XVI Reunión del Consejo Directivo el XIII Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas.

Dicho informe consta de cuatro capítulos. En el primero se presentan datos sobre el estado del programa en general, así como resúmenes de la marcha del mismo, por países, en los que se exponen mediante cuadros y gráficas los antecedentes y el estado actual de cada programa. En el segundo capítulo se analizan problemas técnicos especiales; en el tercero se examinan las investigaciones que se llevan a cabo sobre malaria, y en el último se trata de la cooperación internacional en los programas de erradicación de la malaria.

Los datos presentados han sido tomados de las respuestas a un detallado cuestionario anual enviado por cada país, y de los informes estadísticos mensuales y trimestrales que la mayoría de los servicios de los programas envían a la Oficina Sanitaria Panamericana, complementados con información procedente de los planes de operaciones. Además, los países presentan, cuando lo consideran necesario, informes técnicos especiales acerca de los proyectos de investigación.

#### I. ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACIÓN DE LA MALARIA

##### Panorama general

Los progresos realizados en 1964 con miras hacia la erradicación de la malaria en el Hemisferio no se pueden resumir ni expresar en cifras globales, ya que se trata de una situación compleja y existen diversas tendencias según la región. La mayoría de los programas avanzaron a un ritmo satisfactorio, pero en varios de los que se llevan a cabo en Centroamérica y México la situación se mantuvo esta-

cionaria o empeoró. Los mapas 1 y 2 y el resumen presentado en el cuadro 1<sup>2</sup> permiten una comparación del estado general de estas actividades a fines de 1964 con el que existía a fines de 1963.

Durante 1964 dos países completaron la fase de consolidación (Jamaica y Trinidad y Tabago) y se encuentran en vías de recibir la certificación de haber erradicado la enfermedad.

La población de las áreas en la fase de consolidación disminuyó de 33.900.000 personas a 32.300.000 con respecto a diciembre de 1963. Este cambio se debe a que numerosas áreas relativamente pequeñas de varios programas pasaron de la fase de ataque a la de consolidación y al hecho de que otras áreas de México (con unos 3.400.000 habitantes), que se encontraban en fase de consolidación, retrocedieron a la fase de ataque. En este país las medidas de ataque no han logrado interrumpir la transmisión en áreas problema y se han reinfestado regiones anteriormente libres de la infección. Los países con el mayor número de personas en áreas en la fase de consolidación durante 1964 eran Colombia, Honduras, Ecuador y el Estado de São Paulo en el Brasil; en varios otros programas se efectuaron cambios en áreas de población más reducida. Además de México, hubo algunas áreas en otros países—Guatemala, Nicaragua y Venezuela—que tuvieron que retroceder de la fase de consolidación a la de ataque (aunque en Nicaragua algunas áreas pasaron de la fase de ataque a la de consolidación, con una ganancia neta en cuanto a población y una pérdida respecto al área en fase de consolidación).

El aumento de la población comprendida en la fase de ataque a fines de 1964 refleja primordialmente el mencionado cambio ocurrido en México y otros registrados en los programas del Brasil y Guatemala. En el programa federal del Brasil ciertas áreas habitadas por 660.000 personas, aproximadamente, pasaron de la fase preparatoria a la de

<sup>2</sup> Todos los mapas y cuadros mencionados en el texto aparecen al final de este anexo.

<sup>1</sup> Documento CD16/13 (12 de agosto de 1965).



ataque; en São Paulo otras con más de 900.000 habitantes avanzaron de la fase de ataque a la de consolidación. En Colombia, algunas áreas también entraron en esta fase (y el ataque se suspendió realmente en otras con una población de 1.200.000 habitantes, si bien estas áreas todavía no figuran oficialmente en la fase de consolidación); al mismo tiempo, se retiraba de la fase de ataque una extensa zona de población muy dispersa y se suspendían las actividades del programa en la misma, a fin de concentrar los recursos en sectores más poblados. Como ya se indicó, un considerable número de áreas en Guatemala retrocedieron de la fase de consolidación a la de ataque.

En relación con algunos programas, parte de las áreas que figuran en los cuadros 3 y 4 como incorporadas a la fase de ataque, se encontraban en realidad "en suspenso", es decir, no se aplicaban medidas activas de ataque por falta de fondos. En estas condiciones se encontraban zonas de El Salvador, Haití, Nicaragua y Colombia.

En Haití se suspendió el rociamiento en extensas áreas (con una población de 2.000.000 de habitantes), que fueron sometidas a intensa vigilancia, pero que no se clasificaron oficialmente como incorporadas en la fase de consolidación.

El área en la fase preparatoria, o sin ningún programa en funcionamiento, se ha incrementado con la adición de algunas zonas de la región sudoriental de Colombia donde se suspendieron las medidas de ataque. El Paraguay seguía totalmente en esta fase a fines del año, y espera iniciar las operaciones de ataque en el último trimestre de 1966. En la Argentina, las Provincias de El Chaco y Formosa seguían en la fase preparatoria.

Durante 1964 los problemas de carácter administrativo continuaron siendo el principal obstáculo a la marcha del programa; se conocen métodos técnicamente adecuados para interrumpir la transmisión en la mayoría de las áreas persistentes, pero con frecuencia no se dispone de fondos ni de personal y no existe una administración eficaz. Se continuó mejorando la administración del programa en la República Dominicana y en Colombia; el programa federal del Brasil procura mejorar su organización, aunque es mucho lo que queda por hacer en este sentido. Las campañas de Panamá, Centroamérica y México se vieron afectadas seriamente por la falta de recursos financieros.

Dada su proximidad y los problemas comunes con que se enfrentan los países de Centroamérica

y Panamá, es preciso lograr una mejor coordinación de las campañas. La Organización Panamericana de la Salud está fortaleciendo sus servicios consultivos en erradicación de la malaria en la Zona III, a los efectos de actuar con más eficiencia en ese campo. En el curso del año se celebraron consultas para determinar las diversas estructuras jurídicas de los países donde procede llevar a cabo actividades de coordinación.

### Magnitud actual del problema

Los cuadros 1 y 2 revelan el deterioro que experimentaron las áreas problema de Centroamérica y México durante 1964. El gran número de personas afectadas en esta gran área problema ensombrece los progresos realizados por otros programas, aunque estos se reflejan en los detalles por país que figuran en los cuadros 3 y 4.

Además de Jamaica y Trinidad y Tabago, que ya lograron la erradicación y que serán oficialmente registrados durante 1965, el programa de Dominica está completando con todo éxito la fase de consolidación; Belice, Bolivia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Honduras, Perú, la República Dominicana y Venezuela prosiguen sus campañas a un ritmo satisfactorio, a pesar de algunos problemas y obstáculos que surgieron en algunas zonas durante el año.

Otros programas se enfrentan con problemas de carácter técnico o administrativo más graves que todavía no se han podido resolver. Las áreas que tropiezan con problemas técnicos figuran en el cuadro 5, en el que se indica la extensión del área y la población afectada de cada país, las causas determinadas hasta la fecha que son responsables de la existencia del problema, las medidas aplicadas hasta fines de 1964 y los resultados obtenidos hasta entonces.

Al examinar el cuadro 5 se observará que en muchos programas las medidas aplicadas no bastan para remediar la situación. Por ejemplo, en El Salvador se planeó para 1964 un programa de tratamiento colectivo de los 166.000 habitantes de los Departamentos de Usulután, San Miguel y La Unión, pero no se pudo llevar a cabo por falta de fondos. En Costa Rica, debido a dificultades presupuestarias, no se pudieron iniciar durante 1964 los ciclos de rociamiento semestral con diel-drín en áreas de transmisión persistente donde se considera que la excito-repelenencia del vector al DDT es una causa importante. Esas mismas dificultades interrumpieron el progreso normal de la

campana, tanto en las áreas problema como en las que no lo son. En Guatemala se había planeado para 1964 un ataque suplementario mediante la administración de drogas a 195.000 residentes permanentes y a 154.000 transeúntes en áreas de fuerte resistencia del vector a los insecticidas. Sin embargo, esta labor sólo abarcó a 20.000 personas comprendidas en programas ordinarios de tratamiento colectivo y a otras 19.600 personas que fueron tratadas por personal de las plantaciones algodoneras donde trabajaban, de acuerdo con un programa llevado a cabo por el servicio de malaria en colaboración con las plantaciones. Durante este año en que las medidas de ataque fueron inadecuadas, se amplió constantemente el cultivo del algodón como también el área de vectores resistentes al DDT. En los cuadros correspondientes a Guatemala (véase págs. 286-288) relativos a las operaciones de evaluación epidemiológica, pueden apreciarse los efectos adversos sufridos por el programa de la erradicación de la malaria.

En Haití se efectuó una evaluación en julio de 1964 después de cinco ciclos de rociamiento, y se llegó a la conclusión de que se había interrumpido la transmisión en numerosas áreas, si bien persistía a pesar de las operaciones normales de rociamiento intradomiciliario con DDT en otros extensos territorios. El hábito de la población de permanecer al aire libre durante las horas en que más ataca el vector, *Anopheles albimanus*, se considera una de las causas principales de esta persistencia. En el área (de unos 2.000.000 de habitantes) en que al parecer se había interrumpido satisfactoriamente la transmisión, se suspendió el rociamiento a mediados de 1964 con el fin de conservar recursos para proceder a un ensayo de ciclos trimestrales con DDT en áreas de persistencia; esta medida resultó inadecuada en zonas de fuerte transmisión. En octubre de 1964 se inició en Petit Goâve (véase cuadro 6) un ensayo de tratamiento colectivo con tabletas de cloroquina y pirimetamina combinadas, en un ciclo de tres semanas, con resultados prometedores. En 1965 se proyecta extender el programa de tratamiento colectivo a 574.000 personas. La región en que se supone interrumpida la transmisión sigue sometida a un tipo de vigilancia pasiva, para lo cual se ha procedido al ataque de focos en los casos indicados. En una zona de unos 930.000 habitantes se está aplicando DDT en un ciclo anual, y se mantendrán las medidas de vigilancia junto con las de ataque de focos.

México todavía tiene problemas de transmisión persistente en zonas con una población de más de 4.300.000 habitantes. La transmisión se mantiene a bajo nivel, pero no disminuye. Durante el año se efectuaron experimentos con procedimientos anti-larvarios y diversos planes de rociamiento, y se obtuvo cierto éxito. Con el apoyo financiero de la Organización Mundial de la Salud, se inició un programa de ataque que comprendía el rociamiento intensivo con DDT y la localización y tratamiento radical de casos en las áreas problema del Estado de Oaxaca, en la costa meridional. La insuficiencia de fondos no permitió un ataque completo de las áreas problema durante 1964, pero se espera que en 1966 el Gobierno podrá aumentar considerablemente el presupuesto necesario.

En una zona del interior de la Guayana Británica, las cepas de *Plasmodium falciparum* resistentes a la cloroquina obligaron a emplear rociamientos con DDT en 1962, complementados con un programa de sal cloroquinada que constituía la principal medida de ataque. Este programa dio buenos resultados después de una interrupción a principios de 1963, y en la actualidad los casos se concentran en unos cuantos focos.

En el cuadro 6 se resumen los programas de tratamiento colectivo de drogas antimaláricas. Esa medida de ataque ha adquirido mayor importancia e indudablemente desempeñará un papel destacado en el futuro como método complementario en las áreas problema con vectores resistentes o excitables, o en las que ocurren numerosas picaduras al aire libre.

En general, la situación en 1964 indica que se obtuvieron resultados satisfactorios en los casos en que se adoptaron las medidas técnicas debidamente adaptadas a las condiciones existentes, pero que la falta de medidas adecuadas de ataque para todas las áreas de transmisión, combinada con una buena vigilancia en la totalidad de las áreas libres de infección, puede aumentar la transmisión, con lo cual la erradicación será una labor más prolongada y difícil.

### Actividades de campo

En el cuadro 7 se indica el personal dedicado a los programas nacionales de la erradicación de la malaria, clasificados por tipo de trabajo y categoría de actividad. En los cuadros 8 al 11 se presentan, por países, los detalles disponibles respecto al personal.

A fines de 1964 el personal de las operaciones de rociamiento era algo más numeroso que un año antes. Este aumento se produjo principalmente en el programa federal del Brasil, donde otras áreas se incorporaron a la fase de ataque. Igualmente, a fines de 1964 Honduras utilizó más personal para esas actividades que en el año anterior, aunque esta circunstancia refleja principalmente la reducción de personal en 1963 por dificultades financieras. En El Salvador los ciclos de rociamiento se habían proyectado sólo para seis meses del año, de modo que el 31 de diciembre no había personal de ese tipo; en 1964 se efectuaron operaciones de rociamiento que continuarán en 1965. La reducción de personal en Haití se debe a la suspensión del rociamiento en extensas áreas como ya se mencionó anteriormente. La disminución observada en Surinam revela las dificultades que ha experimentado el programa en el interior del país, donde aumentó el número de habitantes que durante el año se negaron a permitir el rociamiento por diversas razones sociales. Para superar algunas de las objeciones, se trató de modificar las operaciones a fin de obtener la cooperación de la población. El procedimiento que ofreció mejores perspectivas consistió en contratar rociadores en cada pueblo entre los miembros de cada grupo familiar, adiestrarlos en las técnicas de rociamiento, supervisar cuidadosamente su labor y remunerarlos de acuerdo con el número de casas rociadas. Este método no es ortodoxo, pero cuando se trata de poblaciones especiales, los métodos también han de serlo.

El número de personas contratadas para las actividades de evaluación epidemiológica a fines de 1964 también fue algo mayor que en 1963. El aumento del total general se debe al incremento registrado en varios programas: en Jamaica, que se encontraba en el último año de su fase de consolidación; en Honduras, que también refleja, en parte, el extraordinariamente reducido personal contratado hasta diciembre de 1963 y, en parte, la ampliación de las actividades de evaluación en áreas recién incluidas en la fase de consolidación, además de los preparativos para un programa de tratamiento colectivo proyectado para el área problema meridional, y en Haití, donde la distribución de drogas y la vigilancia intensiva exigieron un personal de evaluación más numeroso. En El Salvador también se produjo un aumento de personal, en parte como consecuencia de la incorporación estacional del personal de operaciones de rocia-

miento en las actividades de evaluación y, en parte, debido a una mayor necesidad de personal para la distribución de drogas en programas de tratamiento colectivo. En Venezuela casi se duplicó en número de personal de esta categoría, ya que los programas de tratamiento colectivo en vías de aplicación abarcaban a más de 115.000 personas; también se amplió el número de personal en Cuba y en la República Dominicana. En cambio, cuatro programas experimentaron importantes reducciones en el personal de evaluación, a saber: el de Bolivia y de Costa Rica, por dificultades de orden presupuestario; el de México, donde aumentó el número de médicos, pero disminuyó el de evaluadores, y el de Trinidad y Tabago, que terminó su fase de consolidación en el segundo semestre de 1964.

Hubo cierto aumento en el total de personas que prestan servicios en administración y actividades afines, debido a que en el programa federal del Brasil ingresaron varios centenares de empleados de esta categoría. En ciertos programas se redujo el personal; en algunos como el del Perú, la reducción se relacionaba con la reestructuración de las divisiones de zonas a fin de atender las necesidades actuales de la campaña de una manera más económica y sin reducir su eficiencia.

También aumentó el personal de las operaciones de transporte, especialmente en el programa federal del Brasil. En el Perú, el mayor número de pilotos de lanchas de motor refleja la atención que se dedica a las actividades en la cuenca del Amazonas. En Venezuela se contrató a un mayor número de operadores de máquinas nebulizadoras de insecticidas. Se redujo el personal de transporte en São Paulo, El Salvador y Guatemala, y otros programas experimentaron cambios de menor importancia.

En el cuadro 12 se presentan detalles sobre los medios de transporte utilizados en varios programas, pudiéndose apreciar una mayor utilización de motocicletas, que han aumentado al doble, y de bicicletas que también se han duplicado. Estos cambios reflejan una intensificación de las operaciones de evaluación y de programas de distribución de drogas, que requieren medios de transporte para una sola persona. Las lanchas de motor utilizadas en las campañas aumentaron en un 20%, mientras que las lanchas sin motor, ya escasas, disminuyeron todavía más. Venezuela adquirió un mayor número de máquinas nebulizadoras, que utilizó para estas operaciones en la vegetación peridomiliaria. El UNICEF ha facilitado, por lo general rápidamente,

la clase y cantidad de vehículos de dos y de cuatro ruedas, así como los medios de transporte fluvial recomendados por la OPS.

En el cuadro 13 figuran las cifras, por países, de los presupuestos nacionales para la erradicación de la malaria correspondientes a 1963 y 1964, así como las obligaciones contraídas para 1965. Si se comparan las cantidades efectivamente asignadas a los programas en 1964, con las comprometidas para ese año (indicadas en el XII Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas<sup>3</sup>), se verá que cinco países asignaron más fondos de lo que habían previsto en un principio. Estos países son Argentina, Bolivia, Costa Rica, Honduras y Venezuela, todos los cuales experimentaban ciertas dificultades de carácter financiero o técnico. Si bien cuatro de estos países han incrementado el financiamiento por encima del nivel de las obligaciones contraídas, se consideraba que las cantidades eran todavía inferiores a las requeridas. Cuatro programas asignaron exactamente la cantidad comprometida y siete se aproximaron mucho a esta cantidad, aunque seis de estos siete proporcionaron una suma ligeramente menor. En cuanto a los territorios, la Guayana Británica aumentó de manera considerable el presupuesto nacional para la erradicación de la malaria, mientras que Belice y Dominica lo redujeron, gracias a los progresos realizados en sus respectivos programas. Granada y Surinam asignaron a sus programas la cantidad comprometida.

Si se comparan las obligaciones contraídas para 1965 con las cantidades asignadas en 1964, se observará una ligera disminución debida, principalmente, a la reducción en el presupuesto nacional del programa federal del Brasil. Para esto se ha elaborado un nuevo plan de operaciones, en virtud del cual las actividades se extienden por un período algo más prolongado que el que se había previsto. Esta extensión resultó necesaria por razones financieras y sólo es posible en un verdadero programa de erradicación porque el tamaño del país permite llevar a cabo las operaciones sucesivamente región por región.

Entre los programas de Sudamérica que experimentaron un notable aumento en las obligaciones presupuestarias contraídas para 1965 figuran la Argentina, Bolivia (que simplemente restablecerá el presupuesto total al nivel correspondiente a 1963), Colombia, Ecuador, Paraguay y Venezuela.

En 1964 cuatro de estos programas no contaban con recursos financieros suficientes, y tres siguen todavía en esta situación. En el Istmo de Panamá y la región centroamericana, Guatemala y Panamá incrementaron notablemente sus obligaciones en comparación con 1964. El presupuesto de Guatemala para el año pasado registró también un aumento, y las obligaciones contraídas para 1965 ascienden al doble de las correspondientes al presupuesto de 1963. En el presupuesto de Panamá para 1965 se restablecerán los fondos del programa al nivel previsto y no alcanzado en 1964, y se aumentarán en un 7 por ciento. También en el área del Caribe, Haití ha duplicado las obligaciones contraídas (este programa, como el de Bolivia en años anteriores, está financiado principalmente por la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), de los Estados Unidos de América); Cuba incrementó ligeramente su presupuesto y la República Dominicana proyectaba aumentarlo en un 14 por ciento. Jamaica y Trinidad y Tabago, que ya terminaron la fase de consolidación, redujeron sus obligaciones.

En cuanto a los territorios, Dominica proyecta restablecer el nivel presupuestario proyectado para 1964 y que no se llegó a alcanzar, y Santa Lucía, que se encuentra en la fase de mantenimiento, ha repuesto parte de los fondos reducidos en 1964. Los programas restantes continuarán aproximadamente al mismo nivel del año pasado.

Los países centroamericanos, cuyas campañas antimaláricas confrontan graves problemas técnicos, y Costa Rica, donde persisten todavía algunas áreas problema, están tratando de elevar considerablemente los presupuestos en los próximos tres años, a fin de que sus programas permitan resolver los problemas existentes mediante campañas técnicamente adecuadas y de manera coordinada en todo Centroamérica.

En el cuadro 14 se presentan datos sobre la búsqueda activa y pasiva de casos en cada programa. Si se examinan las columnas que indican el porcentaje de frotis positivos, obtenidos en la búsqueda activa, y los conseguidos por la red de búsqueda pasiva, se podrá apreciar claramente que mediante este último procedimiento se localizan más casos. Cabe esperar este resultado porque las personas de las cuales se obtienen muestras de sangre mediante la búsqueda pasiva se presentan ellas mismas como posibles casos de malaria.

En el cuadro 15 se resumen los resultados de las

<sup>3</sup> Documento CD15/5 (mimeografiado).

actividades de localización de casos desde 1958 hasta 1964. En este último año, aumentó el número de frotis examinados así como el de los que resultaron positivos en comparación con 1963, y por lo general el porcentaje de positivos también fue mayor. El análisis de estas cifras, por países, indica que el aumento se debe principalmente a un mayor nivel de positividad registrado en Bolivia, Costa Rica, Guatemala, Haití, Paraguay y Venezuela. En algunos de estos casos, la cantidad de muestras obtenidas en áreas problema ha contribuido en gran parte al aumento. Por ejemplo, en Bolivia y Paraguay el aumento se debe principalmente a los brotes ocurridos en áreas localizadas; en Haití la mayor incidencia se debió principalmente a las inundaciones y daños a las viviendas causados por el ciclón de fines de 1963. En 1964 se observó en El Salvador un pronunciado aumento en el número total de casos, especialmente en el sector de la costa oriental donde no se pudo llevar a cabo el programa de tratamiento colectivo proyectado por falta de fondos. Asimismo, en Guatemala se elevó notablemente el número de casos y el de frotis positivos debido a la mayor transmisión observada en la parte occidental de la zona del litoral del Pacífico, donde el vector ha adquirido rápidamente una mayor resistencia al DDT después de la ampliación del cultivo de algodón en los dos últimos años. En Venezuela se elevó el número de casos importados de Colombia y el número de infectados en el país. Costa Rica experimentó un considerable aumento de casos de malaria en un sector del área de consolidación y por consiguiente el número total de frotis positivos siguió siendo el mismo que en el año anterior, a pesar de haberse reducido en un 50% el número de placas examinadas.

## II. PROBLEMAS TÉCNICOS ESPECIALES

### Generalidades

En los informes anuales anteriores, se expusieron los problemas técnicos que entorpecen la marcha de las actividades de erradicación y que aumentan el costo de la labor lograda. En ningún país han surgido nuevos problemas técnicos, sino que en algunos ha variado la magnitud de los ya conocidos. Estos problemas son los siguientes: La resistencia fisiológica del vector a los insecticidas, la excitopelencia, la sorción de insecticidas en paredes de barro, la reforma y la construcción de casas entre los ciclos de rociamiento, los hábitos del vector de

picar fuera de las viviendas, la migración y la resistencia de los parásitos a las drogas. Puesto que ya se ha hecho referencia a la distribución y a las repercusiones de estos problemas y en informes anteriores se examinó la influencia que ejercen, sólo se mencionan ahora los cambios importantes.

Donde más empeoró la situación fue en la parte occidental de la zona costera guatemalteca del Pacífico y sectores contiguos del Estado de Chiapas (México), donde en años recientes se ha incrementado el cultivo del algodón y el vector se ha vuelto cada vez más resistente al DDT.

Se notificaron por primera vez en Belem y Santarém (Brasil) casos demostrados de *P. falciparum* resistentes a la cloroquina, aunque se ignora el lugar donde se adquirieron estas infecciones. Entre las tribus indígenas del interior de Venezuela, cerca de la frontera con el Brasil, se registró un brote de casos con numerosas defunciones y en el curso del año se notificaron casos sospechosos de infecciones de *P. falciparum* resistentes a la cloroquina en Bolivia y Perú, a lo largo de la frontera con el Brasil, si bien no ocurrieron en ningún otro lugar.

Las cepas de *P. falciparum* resistentes a la cloroquina se están propagando, al parecer, en el Brasil, por la carretera de Belém a Brasíla, la nueva capital. Se han registrado a lo largo de esta carretera brotes de malaria (*P. falciparum*), que han causado defunciones, y como los pacientes no respondieron al tratamiento con cloroquina, hubo que recurrir a la quinina. Probablemente se presentará la misma dificultad en una carretera secundaria que se va a construir a Manaus.

### Evaluación de los métodos para resolver los problemas de la transmisión continua

#### 1. Cambio de insecticida

Durante 1964 el malatión fue el único nuevo insecticida disponible como sustituto en los casos de resistencia al DDT o al dieldrín. A principios de año se ensayó un producto purificado con la esperanza de reducir el número de habitantes que se oponían al rociamiento de casas. Como el olor del malatión de grado técnico es menos desagradable y además su duración es más breve, las quejas de la población disminuyeron considerablemente. Sin embargo, el número efectivo de casos de franca oposición no se alteró mucho, pero sí disminuyeron los casos de ausencia (oposición encubierta).

En la ciudad de Estelí, Nicaragua, se continuó

el empleo de este producto, al parecer con resultados satisfactorios. Se siguió observando un reducido número de casos, pero las investigaciones demostraron que casi todos los pacientes habían contraído la infección fuera de la ciudad. En las plantaciones azucareras de Nicaragua se utilizó el malatión durante un segundo año completo. El número de casos se mantuvo aproximadamente al mismo nivel que en 1963 (5-6% de placas positivas) en las plantaciones en su conjunto, si bien estos casos se concentraron en ciertos sectores de dos fincas, donde el tratamiento colectivo de drogas se llevó a cabo de una manera más económica durante el segundo semestre del año. Esta combinación se utilizó con muy buenos resultados en cinco de las localidades del país que se encontraban en las peores condiciones en el segundo semestre del año.

A partir de julio de 1963, en toda el área problema meridional de Honduras se empleó malatión en cualquier tipo de casa, a razón de 2 g/m<sup>2</sup>, cada tres meses. Se habían completado dos ciclos bastante irregulares cuando, por una crisis financiera se tuvo que suspender las operaciones durante los primeros cuatro meses de 1964. Si bien se reanudaron el 23 de abril de 1964, el primer ciclo no se completó hasta mediados de agosto. Durante dos meses y medio de este período, la precipitación pluvial fue extraordinaria, lo que, junto con una considerable migración de personas infectadas procedentes de sectores contiguos de El Salvador, afectadas por el peor brote de malaria ocurrido en muchos años, no permitió establecer una comparación válida con años anteriores. Por otra parte, era evidente que, dada la serie de circunstancias en el área problema de Honduras, con el simple empleo de malatión no se podría detener la transmisión. Tal vez en estas condiciones puede fracasar un insecticida residual que resulta ideal para el interior de las viviendas. Ante la urgencia de la situación y el problema de alcance relativamente limitado, se acordó utilizar el sistema más seguro, aunque más costoso, de la distribución colectiva de drogas, que confiere protección contra las picaduras sufridas tanto en el interior como en el exterior de las viviendas.

Los ensayos de campo con dieldrín, en la proporción de 0,3 mg dos veces al año, no han logrado detener la transmisión en Panamá. Se desconoce todavía la causa exacta de este fracaso, pero no cabe duda que entre ellas figura la cobertura deficiente de los rociamientos. A este respecto se han

iniciado los estudios entomológicos necesarios. En México se efectuará un ensayo de campo con BHC, en la proporción de 0,5 g/m<sup>2</sup> en una zona de Costa Chica (Guerrero), donde se considera que la irritabilidad del mosquito ante el DDT constituye uno de los factores principales y el vector es susceptible al dieldrín.

En julio de 1964 se completó en Haití el estudio de dos años del DDVP, realizado en cooperación con la AID y el Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América. Asesores de la OPS se ocuparon del análisis epidemiológico e indicaron que, en el área seleccionada, el DDVP y el DDT permitían lograr casi el mismo control parcial, sin que ninguno de ellos interrumpiera la transmisión. Ello se debía principalmente a las picaduras en el exterior de las viviendas.

## *2. Intensificación de los ciclos de rociamiento con DDT*

En el área problema de Costa Chica, México, prosiguió el ensayo con DDT en ciclos de cuatro meses con tres dosificaciones distintas: en un sector se empleaban 2 g/m<sup>2</sup> para cada ciclo, en otro 1 g, luego 2 g y de nuevo 1 g y en otro 1 g en los tres ciclos. Estos planes se han comparado con los de dos ciclos por año con una dosis de 2 g y sólo la dosis de 2, 2, 2 g se consideró que debía continuar aplicándose en forma experimental. Si bien la aplicación de este sistema no interrumpió satisfactoriamente la transmisión en muchas localidades, se observaron algunas diferencias que sugieren la posibilidad de obtener un mayor efecto. Este estudio se lleva a cabo junto con una mayor búsqueda de casos y tratamiento radical.

En El Salvador, dada la falta de recursos apropiados, en 1964 se trató de conservar fondos limitando las operaciones de rociamiento con DDT en las zonas de 0-200 metros de altura, donde resulta más difícil combatir la malaria. Dada la urgente necesidad de extender el tratamiento colectivo al resto de la zona de una altura de 0-100 metros, donde ocurrió el 70% de los casos, fue necesario reservar fondos con tal objeto. La escasez de recursos financieros no permitió llevar a cabo este programa en los tres Departamentos orientales de Usulután, San Miguel y La Unión. Con el objeto de mejorar la eficacia del rociamiento, los dos ciclos se planearon a intervalos de tres meses, de manera que permitieran: 1) concentrar el insecticida du-

rante la época de lluvias y 2) proceder al rociamiento al final del primer semestre, después de las reformas que se acostumbra efectuar en las casas antes de la temporada de lluvias. El primer ciclo de rociamiento se había proyectado para mayo, junio y julio, pero no se completó hasta el 14 de agosto. Los meses de junio, julio y agosto fueron extraordinariamente lluviosos, y en los tres departamentos orientales que dependían sólo de esta medida, se produjo el peor brote de malaria en muchos años. Por otra parte, es muy difícil mantener un depósito de DDT fresco durante la época de lluvia. De todas maneras se demostró, como ya se sabía desde hacía mucho tiempo, que con el solo empleo de DDT no se puede evitar completamente la transmisión en áreas problema de fuerte resistencia. El verdadero valor del empleo exclusivo de DDT puede apreciarse al comparar áreas similares en las que no se ha aplicado este producto. Se dio por terminada una observación anterior efectuada en un área resistente en Nicaragua, cuando en una de las zonas donde se había suspendido el empleo del DDT se registró una incidencia de malaria tan elevada que hubo que utilizar malatión y el tratamiento colectivo de drogas para proteger a la población. En Guatemala, un área de persistencia con una población de unos 5.000 habitantes se dividió en dos partes. En una de ellas se suspendió el empleo de DDT en mayo de 1963. En 1964 la incidencia en esta área mostraba un aumento del 28% en comparación con 1963, mientras que la otra experimentaba una disminución del 52 por ciento. En julio de 1964 (casi en el momento de mayor transmisión) se efectuó una extensa encuesta en ambas zonas. La zona en que se continuaba el empleo del DDT era un 2,9% positiva mientras que la otra en que se había suspendido este producto mostraba una proporción de 9,6 por ciento. Las cifras comparables de positividad de las láminas, correspondientes a todo el año, fueron de 8,0 y 18,4, si bien en 1963 habían sido de 18,5 y 14,4, respectivamente. La resistencia al DDT en esta zona, determinada en 1961 en un lugar situado entre los principales centros de población de las dos áreas, resultó aproximadamente de 95 por ciento.

#### **Medidas antilarvarias**

Durante 1964, después de un año de distribución colectiva de drogas en las áreas problema de los Departamentos de Madriz y Estelí, Nicaragua, fue necesario utilizar métodos adicionales porque

la transmisión persistía en un grado que oscilaba entre mediano y elevado. En la ciudad de Condega y sus inmediaciones, donde la aceptación de los medicamentos había descendido a menos del 50% y la proporción de casos llegaba a 500 por año, los criaderos se limitaban a los lechos de ríos y pozos superficiales. En junio de 1964 se ensayaron las operaciones antilarvarias con fentiión y, después de adaptar la dosis a las condiciones locales, se obtuvieron tan buenos resultados que se suspendió la distribución colectiva de drogas y se procedió al tratamiento radical de los casos conocidos. En otras localidades en que tienen mejor aceptación las medidas aplicadas, aunque continuaba en ellas la transmisión, las operaciones antilarvarias se utilizaron como complemento del programa de drogas. Se plantean algunas dificultades en la vegetación acuática. Si bien las medidas antilarvarias no eran perfectas, la combinación resultó eficaz.

En la cuenca del Río Sanarate, en Guatemala, se aplicaron medidas antilarvarias por primera vez, entre noviembre de 1961 y agosto de 1963. El *A. albimanus* y el *A. pseudopunctipennis* desaparecieron completamente, si bien este último pronto reapareció en cantidades apreciables después de suspendidas las medidas antilarvarias. El *A. albimanus* no reapareció hasta noviembre de 1964. Durante todo el año 1964 abundaron los casos importados de malaria y en el segundo semestre del año se registró un gran número de casos autóctonos. Esta era la peor área problema del país en 1959 y 1960, y no cabe duda que habrá que recurrir nuevamente a medidas antilarvarias. Estas observaciones sobre el terreno demuestran que las actividades antilarvarias deben reanudarse en cuanto aparezca el primer caso autóctono, o antes.

En 1964, en dos áreas de transmisión persistente del sector noroeste de México se ensayaron sobre el terreno medidas antilarvarias con fentiión. Los resultados entomológicos obtenidos fueron muy alentadores y, en estas latitudes, el procedimiento podría resultar satisfactorio si se utilizara solamente de junio a noviembre. Estos ensayos continuarán. Es evidente que esta medida sólo puede aplicarse en lugares donde constantemente aparecen criaderos y donde estos no son demasiado extensos en proporción a los habitantes protegidos.

#### **Administración colectiva de drogas**

Durante 1964 la experiencia adquirida en el empleo de esta medida fue mucho mayor. Lo que se

demonstró primero fue la necesidad de iniciar inmediatamente la vigilancia intensiva después de la suspensión del tratamiento colectivo en cualquier área o localidad. En 1963 se sometió a tratamiento la Zona I en El Salvador, que cuenta con una población de 59.000 habitantes (véase el mapa 3). El área A, con 14.500 habitantes, que es la que presenta menos posibilidades de transmisión, no se sometió a vigilancia hasta después de 12 ciclos de administración de drogas cada dos semanas. Esta área ha permanecido libre de casos autóctonos, si bien en alguna ocasión se han descubierto casos importados que se someten a tratamiento radical.

El área B, con 27.500 habitantes y situada en una zona costera, fue objeto de 15 ciclos desde abril hasta noviembre de 1963, inclusive, y se mantuvo bajo vigilancia y sin tratamiento durante los cuatro meses siguientes de la época de la sequía, es decir, de diciembre de 1963 a marzo de 1964. Durante este período se registraron 18 casos importados, 18 casos autóctonos (en unos cuantos focos), nueve recaídas y cinco casos perdidos. Esta experiencia se considera muy satisfactoria dada la gran corriente de migración procedente de áreas infectadas y la falta de experiencia en cuanto a operaciones de vigilancia durante este primer ensayo sobre el terreno.

El área C continuó sometida a tratamiento durante 23 ciclos, que resultó demasiado largo y produjo considerable agobio en la población.

En abril de 1964 continuaban bajo vigilancia todos los habitantes de área A, 14.500 del área B y 7.000 del área C, y pasaron al segundo "año" de tratamiento 24.000 de las áreas B y C. Posteriormente, se reanudó la transmisión en dos localidades del área B sujeta a vigilancia, las que fueron sometidas otra vez a la fase de ataque, con el empleo de drogas. Se habían registrado casos importados que tal vez iniciaron la transmisión.

El tiempo restante de 1964 resultó excelente. El número de casos, principalmente importados, continuó, con bastante constancia, a un bajo nivel desde junio hasta septiembre (período de fuerte transmisión en el resto del país) y, en octubre disminuyó a cero. No obstante, continuó el riesgo de la importación de casos, y sólo una estricta vigilancia junto con la inmediata reanudación de la administración colectiva de drogas en los focos puede mantener estos resultados, hasta que el resto del país y, sin duda alguna, toda la América Central, quede igualmente libre de la infección.

Conviene señalar que estos 59.000 habitantes estaban protegidos por los rociamientos con DDT y que en parte del área había vectores susceptibles, mientras que en la zona restante la resistencia era parcial.

En la Zona II el tratamiento se inició en febrero de 1964, en localidades situadas a una altura de 0 a 100 metros, de conformidad con el plan de urgencia preparado en el mes de octubre anterior, a base de un presupuesto limitado. No se obtuvieron resultados tan rápidos y completos como en la Zona I, debido principalmente al mayor número de trabajadores migrantes que procedían de zonas del este, de gran incidencia malárica que no habían sido sometidas a tratamiento. De todas maneras, en esta zona se retiraron del programa 12.000 personas porque los casos de malaria descubiertos entre estos habitantes eran muy escasos, y en cambio se sometieron a tratamiento nuevas localidades situadas a una altura superior a 100 metros donde se observaba una fuerte transmisión. Antes de terminar el año, se vio claramente que este programa no permitiría obtener resultados satisfactorios hasta que se combatiera eficazmente la transmisión en las áreas problema restantes.

En la Zona III no se ha iniciado el tratamiento por falta de fondos.

En Nicaragua la situación fue completamente distinta. El tratamiento no fue tan eficaz y el porcentaje de aceptación entre los habitantes también fue menor. En muchas localidades del programa Madriz-Esteki (área de fuerte resistencia al DDT, sin ninguna protección de insecticidas), el tratamiento cesaba al completarse de 18 a 26 ciclos, siempre que las pruebas epidemiológicas lo justificaran. Algunas de esas localidades permanecieron libres de malaria, pero debido a la falta de personal y a la transferencia de un número excesivo de trabajadores para que se encargaran de la distribución de drogas en otras zonas, la localización de casos procedió con excesiva lentitud, como asimismo la aplicación de medidas correctivas y sólo en raros casos se volvió a someter una localidad a tratamiento colectivo. Por consiguiente, en la mayoría de los casos se reanudó la transmisión en un plazo de 6 a 8 meses, a veces en grado considerable. Por añadidura, la falta de personal adecuado de laboratorio y la acumulación de láminas por examinar no permitieron establecer rápidamente medidas para combatir focos en un momento en que se hubiera podido obtener buenos resultados.



En Guatemala se abandonó en octubre de 1963 la administración colectiva de drogas en la zona de Nueva Concepción (35.000 habitantes), debido al fracaso a que dio lugar la escasa aceptación de las drogas y a la elevada importación de casos procedentes de áreas vecinas que no habían sido sometidas a tratamiento. En agosto de 1964 la incidencia de la malaria en esta zona de fuerte transmisión fue tan elevada que se procedió con urgencia a administrar un tratamiento radical de drogas a todas las personas que presentaban síntomas que hacían suponer la presencia de la enfermedad.

Se establecieron, asimismo, dos programas de administración domiciliaria de drogas en la frontera con México y con El Salvador. Estos programas comprendían sólo de 8 a 12 ciclos y no se previó cambio alguno de carácter permanente porque no se mantiene vigilancia. Además, se llevó a cabo un ensayo sobre el terreno en lo que respecta a la administración de drogas, en el que se utilizó personal de las principales plantaciones para la distribución de los medicamentos. Los resultados epidemiológicos estuvieron en proporción al porcentaje de personas tratadas; se logró una reducción de 94% cuando los individuos tratados alcanzaron a 90% como mínimo, una reducción de 32% cuando el 70% recibió tratamiento, y un aumento con respecto al año anterior en los casos en que nadie fue sometido a tratamiento (personas expuestas).

En octubre de 1964 se inició en Haití un ensayo sobre el terreno (o proyecto piloto) de tratamiento colectivo de drogas, a fin de determinar la aceptabilidad y eficacia de un plan proyectado de distribución colectiva de drogas. Ya que el 98% de los casos eran de *P. falciparum* y que casi el 100% de la población es de raza negra, en la que es muy común la sensibilidad a la primaquina, se seleccionó una combinación de cloroquina y pirimetamina. Esta última tiene dos ventajas sobre la primaquina para combatir al *P. falciparum*: ejerce una acción anti-gametocítica durante un período mucho más prolongado y constituye una medida profiláctica causal, es decir, evita que el *P. falciparum* se desarrolle en el hígado. A los efectos de ensayar una protección de tres semanas en lugar de dos, se aumentó a 600 mg la dosis de cloroquina para todos los individuos mayores de 12 años, e indudablemente se presentarán reacciones y quejas con más frecuencia. En los primeros cinco ciclos, la aceptación descendió de 99 a 90 por ciento. La incidencia de láminas positivas también disminuyó de 15 a 1%

y, como era de esperar, las quejas aumentaron rápidamente. No obstante, se proyecta extender esta medida a toda el área problema (570.000 personas) porque, según parece, las picaduras al aire libre constituyen la causa principal de la persistencia y, probablemente, entorpecen la obtención de buenos resultados con el empleo exclusivo de rociamientos de acción residual en áreas de densa población de mosquitos. Las pruebas preliminares para determinar la resistencia del plasmodio a las drogas han demostrado, en la actualidad, que en Haití no se plantean problemas de resistencia a la pirimetamina ni a la cloroquina.

### Programas de sal cloroquinada

El programa de sal cloroquinada en la Guayana Británica completó el cuarto año. Desde el tercer mes, dos distritos con 28.000 habitantes han permanecido negativos, salvo dos casos ocurridos en 1963. En esos distritos se pondrá término al programa. En el área de Rupununi, donde las cepas de *P. falciparum* resistentes a la cloroquina han planteado el principal problema, continúa el empleo de sal tratada puesto que persisten todavía algunos *P. vivax* y probablemente se obtiene protección contra algunas infecciones de *P. falciparum*, aunque no contra todas. Se están intensificando las actividades de rociamiento de casas, a medida que se encuentra un número cada vez mayor de albergues provisionales en el interior de la selva.

### Drogas de larga acción retardada

Se formulan los planes para hacer un ensayo sobre el terreno con pamoato de cicloguanil (nombre comercial: Camolar; anteriormente conocido como CI-501) y se seleccionó provisionalmente el lugar para llevarlo a cabo. A principios de 1965 se conocieron los resultados de los ensayos efectuados sobre el terreno con esa droga en Africa, los que revelaron que para los niños de corta edad la dosis de 5 mg/kg era insuficiente. Por consiguiente, se han suspendido otras actividades hasta que se determine la nueva dosificación y se compruebe la inocuidad y ausencia de reacciones. En la actualidad, el Dr. G. Robert Coatney, de los Institutos Nacionales de Higiene de los Estados Unidos de América (NIH), que lleva a cabo los estudios, está ensayando nuevas dosificaciones a fin de determinar las que son adecuadas para los niños.

### Experimentos sobre el terreno con discos reguladores de presión para rociamiento

Se ha logrado obtener un material satisfactorio para el disco regulador, y los ensayos sobre el terreno indican que es posible controlar satisfactoriamente la corriente de salida del insecticida durante el período de tres meses de las pruebas; se espera que el presente disco permitirá prolongar aún más ese control.

Estos discos se han recomendado para uso en el campo. Se emplean exclusivamente en cierto número de programas, aunque ya se están introduciendo en ciertas fases de otros. Las ventajas de la corriente constante de insecticida son numerosas, pero la principal es que permite que este se deposite de una manera más uniforme. Continúan los experimentos con el objeto de fabricar una boquilla que mejore aún más la distribución del insecticida.

### Suspensibilidad deficiente del DDT

Durante 1964 muchos programas se enfrentaron con el problema de la suspensibilidad deficiente del DDT. Se efectuaron numerosas pruebas a los efectos de determinar el alcance del problema y se realizaron investigaciones para definir su causa y sus efectos. En un gran número de lotes de insecticida, que se encontraban en condiciones satisfactorias en el momento del embarque, se observaba, como consecuencia de un defecto latente, una inadecuada suspensibilidad después del almacenamiento. No se conoce todavía con exactitud la causa de esta deficiencia, pero uno de los efectos ha sido el aumento de la concentración de insecticida durante los primeros minutos de rociamiento, con la consecuente reducción posterior de la misma.

Se ha comprobado que este defecto puede remediarse con la adición de una pequeña cantidad de detergente que restablece la suspensibilidad normal. En la mayoría de los países se encuentran detergentes apropiados. El detergente agregado no afecta adversamente el poder destructivo del DDT residual. Se han efectuado también bioensayos para confirmar la acción letal. De este modo, se pueden utilizar los suministros existentes de DDT, aun cuando tengan una suspensibilidad defectuosa, y por otra parte, se está tratando de eliminar esa deficiencia en el proceso de su producción.

### Estímulo y coordinación de las investigaciones operativas

Los ensayos sobre el terreno y las investigaciones

como las descritas en esta acción revisten una gran importancia operativa para la futura planificación. Además, se han celebrado varias reuniones y visitas al campo con representantes de la AID y del Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, a fin de estudiar la manera como estos organismos pueden prestar asistencia, participar y cooperar en investigaciones operativas más a fondo de la naturaleza mencionada.

### III. INVESTIGACIONES SOBRE MALARIA

#### Grupos de epidemiología de erradicación de la malaria—AMRO-0210

Los Estudios Sinópticos que este grupo realizó en El Salvador se redactaron en forma definitiva en 1964, y una vez aprobados para su publicación, aparecieron en 1965.<sup>4</sup> Los aspectos principales fueron descritos en el XII Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas.<sup>5</sup>

En 1964, el personal de la Oficina continuó la amplia labor de preparar y resumir el informe final sobre los estudios intensivos de dos localidades representativas de El Salvador, que el Dr. René G. Rachou había dejado sin terminar en el momento de su inesperado fallecimiento.

El grupo de epidemiología se está constituyendo de nuevo en México. Sus actividades se llevan a cabo en el Estado de Oaxaca, la sede es Pinotepa Nacional, y consisten en un estudio operativo y en la evaluación de métodos para resolver el problema de la persistencia de la transmisión. En la actualidad, su labor se concentra en la mayor área problema de México, donde se observa un bajo nivel de persistencia de la transmisión en zonas de vectores susceptibles pero irritables, tanto *A. albimanus* como *A. pseudopunctipennis*. Se trata, en primer lugar de evaluar la eficacia de un ataque integrado utilizando el mejor rociamiento habitual posible acompañado de una labor intensiva de localización de casos y tratamiento radical. Más adelante se evaluarán otros métodos de ataque, si el primero resultara insuficiente.

<sup>4</sup> Rachou, R. G., Lyons, G., Moura-Lima, M. y Kerr, J. A.: "Synoptic Epidemiological Studies of Malaria in El Salvador". *Amer J Trop Med* 14: 1-62, 1965.

<sup>5</sup> Documento CD15/5 (mimeografiado).

### Grupos encargados de las pruebas de insecticidas—AMRO-0209

El grupo encargado de las pruebas de insecticidas continuó sus actividades en El Salvador, concentrándose en la evaluación de nuevos insecticidas y mejorando el equipo de pruebas de excito-repelencia, al mismo tiempo que procuraba evaluar y perfeccionar el método correspondiente. También se efectuó una amplia labor de reconocimiento y estudios epidemiológicos y entomológicos para seleccionar áreas apropiadas a fin de llevar a cabo ensayos en gran escala con uno o varios insecticidas nuevos, una vez efectuadas las pruebas en chozas y aldeas. En esta última operación, se han hecho numerosas y útiles observaciones que permiten correlacionar la precipitación pluvial, la productividad de criaderos de varios tipos, la densidad de anofelinos adultos (*A. albimanus*) y la transmisión de la malaria. Estos datos podrán usarse en futuras investigaciones y para orientar la lucha contra los focos de transmisión de la malaria.

Al evaluar nuevos insecticidas se procedió a una importante serie de observaciones en cuanto a la duración de su efecto en las clases comunes de superficies de paredes impermeabilizadas o no, por una capa anterior de insecticida; su excito-repelencia inherente y su capacidad para vencer o neutralizar el efecto de la excito-repelencia de una capa de DDT que se encontraba en las casas siempre que se utilice por primera vez un nuevo insecticida y durante cierto tiempo después.

Entre los progresos alcanzados figura el diseño de una caja de pruebas de excito-repelencia, más pequeña, ligera y fácil de transportar, conocida como estuche "OPS, Mod. MLW"; las pruebas para comparar el nuevo modelo de estuche con el antiguo y la preparación de instrucciones para su uso. La OMS ha mostrado interés en que este nuevo modelo se ensaye en diversas partes del mundo.

Dos de los nuevos insecticidas ensayados en 1963 continuaron utilizándose en 1964 y se procedía a evaluar otros siete que se habían agregado al grupo. Todos ellos se comparan con el DDT y el malatión. En cuanto a la duración de su efecto en diversas superficies, ninguno es de acción tan prolongada como el DDT, pero hay varios que resultan mejores que el malatión. Además, las pruebas E-R de combinaciones con DDT demuestran que ejercen una acción letal tan rápida que el mosquito cae antes de que el DDT lo irrite suficientemente para eludir la dosis letal, aun cuando la cantidad de esta sustancia

sea 10 veces mayor que la del nuevo insecticida. El producto OMS-33 es el que ofrece mejores perspectivas a este respecto. Los barros absorbentes utilizados en los ensayos, incluso el mejor, OMS-33 (Bayer 39007), no permiten la destrucción satisfactoria de mosquitos después de seis semanas, con una dosis de 1 g/m<sup>2</sup> y 30 minutos de contacto. De todos modos, con una exposición más prolongada se puede mejorar esta situación y, afortunadamente, algunos de estos nuevos insecticidas no son irritantes. Los resultados de varios otros que no han sido ensayados tan ampliamente, justifican un mayor estudio. Y entre los planes generales de la OMS figura el de disponer de varios insecticidas en caso de que se desarrolle resistencia al primero que se utilice.

Las amplias pruebas efectuadas en el programa AMRO-0209 con mosquitos de diferente origen revelaron que las poblaciones de estos insectos que se han mantenido más en contacto (en el curso de los años) con los terrenos en que se cultiva el algodón, poseen la mayor tolerancia al malatión, es decir, en una proporción de cuatro o cinco veces mayor que la de las cepas susceptibles al DDT procedentes de zonas en que nunca se ha cultivado algodón.

La pauta de "resistencia" al malatión todavía no se conoce bien, pero parece ser un tipo de tolerancia progresiva. En la actualidad se observa en algunos de los mosquitos encontrados en zonas aldoneras de Nicaragua y El Salvador. No cabe duda de que esta tolerancia reduce la eficacia del malatión en las fincas azucareras (que también cultivan algodón), y tal vez se observa también en Honduras, aunque se han realizado todavía muy pocas pruebas para demostrarlo. Estos cambios son probablemente una consecuencia de la intensa selección provocada por el empleo del metil-paratión, uno de los insecticidas de más frecuente uso en el control de las plagas del algodón.

### Resistencia de cepas de plasmodium malárico a las drogas—AMRO-0212

El centro para el estudio de cepas desplegó una gran actividad durante 1964 y confirmó la resistencia en otras cepas del Brasil y Colombia, así como de una nueva área en Venezuela, cercana a la frontera con el Brasil. Se comprobó la resistencia a diversas combinaciones de diferentes drogas.

Sin embargo, la aportación más importante fue el estudio de las distintas dosificaciones de pirime-

tamina y sulfonamidas que demostraron ser curativas en todas las cepas, incluso en las resistentes a la primera. Después de más de 30 tratamientos de pirimetamina con una dosis de 100 mg diarios, durante tres o cuatro días, sin observar anormalidad alguna, se presentaron cinco casos sucesivos entre 16 que recibieron diariamente 50 mg durante cuatro días, más un total de 2,5 mg de sulfonamidas de acción duradera, en el plazo de cuatro días que mostraron depresión de la médula ósea; cuatro de estos casos recibieron transfusiones. Todos ellos se restablecieron rápidamente y, en la mayoría de ellos, bastó la administración de leucovorina. Sin embargo, estas reacciones impidieron recomendar sobre el terreno este método de tratamiento de casos resistentes a la cloroquina. Por otra parte, esta combinación, o la quinina, es la única medicación actualmente segura para curar los casos de malaria resistentes a la cloroquina. De todos modos, empieza a aumentar la tolerancia a la quinina.

Es preciso realizar con urgencia más investigaciones en este campo, pero como el centro se clausuró a fines de marzo de 1965, estas deberán llevarse a cabo en algún otro lugar.

#### IV. COOPERACION INTERNACIONAL

En el cuadro 16 se indica la distribución del personal de la OPS asignado a los programas de erradicación de la malaria en los tres últimos años y el proyectado para 1965, por programas y tipo de consultores.

Los centros de adiestramiento que ofrecen instrucción en teoría y técnicas de la erradicación de la malaria en este Hemisferio quedaron reducidos esencialmente a dos: los cursos ofrecidos en la Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo y los de la Escuela de Malariaología y Saneamiento Ambiental de Maracay, Venezuela. Como de costumbre, se dictan dos cursos en São Paulo: uno de entomología médica con especial atención a la malaria, y otro de erradicación de esta enfermedad. Un becario de la OPS, procedente de El Salvador, asistió al curso de entomología médica; este año, no se enviaron becarios al curso de erradicación de la malaria. Además del becario de la OPS, 10 brasileños recibieron adiestramiento en el curso de erradicación de la malaria en São Paulo. En Maracay se ofreció un curso al que asistieron 32 alumnos, 25 de los cuales eran de Venezuela, dos con becas de la OPS y cinco becarios

del Gobierno de Venezuela procedentes de otros países, a los que la OPS pagó los gastos de transporte. Entre los estudiantes extranjeros había dos colombianos, dos ecuatorianos, un costarricense, un brasileño y un guatemalteco.

Las becas concedidas por la OPS para viaje de estudios relacionados con la erradicación de la malaria, disminuyeron notablemente, a saber: de 20 en 1963 a 9 en 1964. Entre los becarios había cinco médicos, tres ingenieros y un entomólogo. Los becarios procedían del Brasil, Colombia, Ecuador, Costa Rica, El Salvador y Guatemala.

En el cuadro 18 puede verse la cantidad de equipo y suministros, excepto drogas, que la OPS ha facilitado a los distintos países para apoyar las campañas de erradicación de la malaria. Se trata de artículos necesarios que no pueden adquirirse en las regiones donde se realizan los programas, ni del UNICEF.

En el cuadro 19 se indican las drogas facilitadas por la OPS a las diversas campañas durante el período de 1958 a 1963 y en 1964. La OPS proporciona las drogas utilizadas en el tratamiento presuntivo o radical de casos de malaria; el UNICEF proporciona las destinadas a programas de tratamiento colectivo, cuando constituyen una medida de ataque.

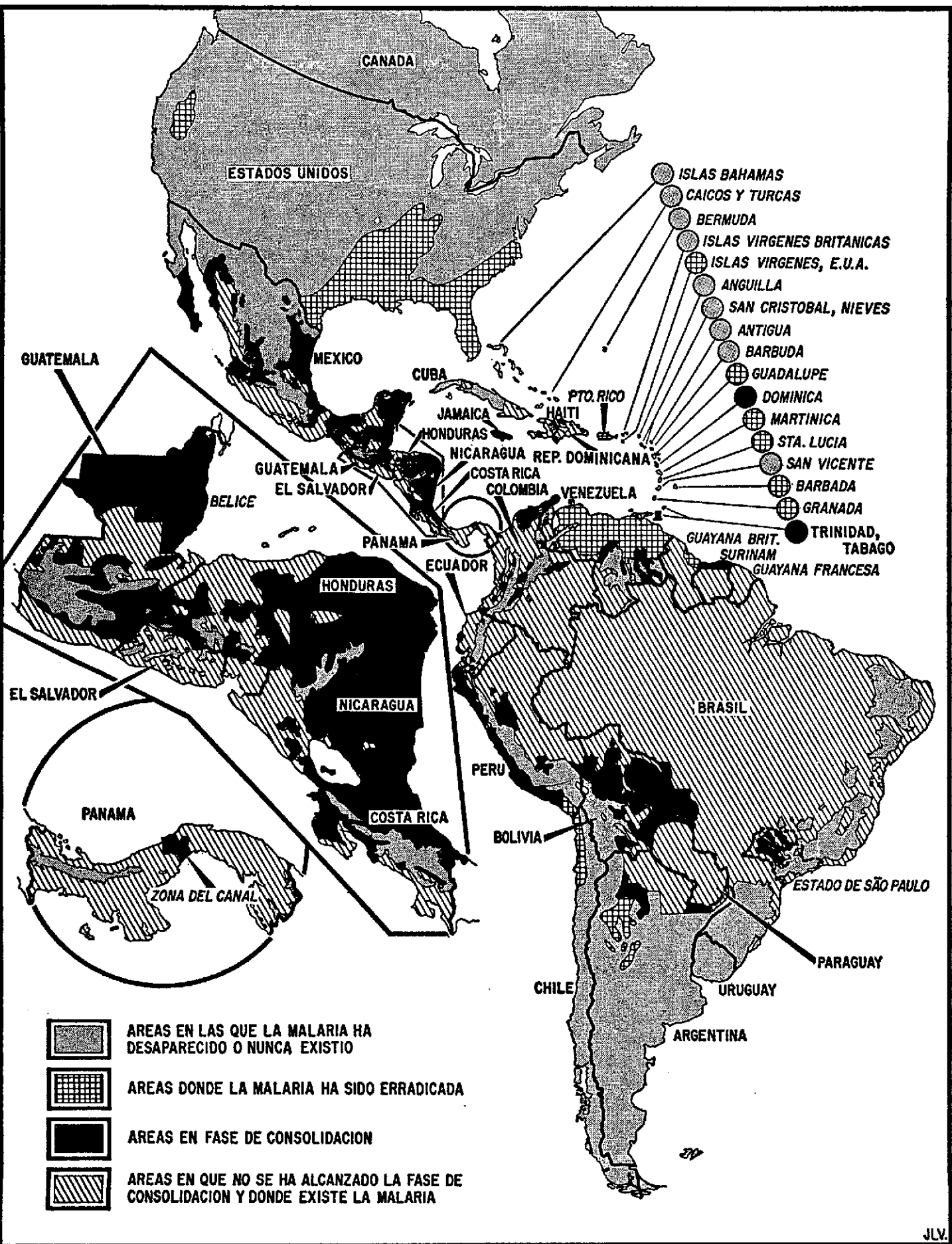
En el cuadro 20 se indica el importe de los fondos internacionales aportados a cada uno de los programas de erradicación de la malaria en las Américas por cuatro organismos internacionales o bilaterales en 1964, así como de los previstos para 1965. En las aportaciones totales de la OPS/OMS no se efectuaron cambios importantes desde 1963 hasta 1964, y la disminución que se observa se debe a que en el presupuesto de 1964 no se incluyen los gastos financiados con fondos del presupuesto ordinario. En 1965 se proyecta aumentar dichas aportaciones. El UNICEF incrementó su cooperación en un 10% aproximadamente entre 1963 y 1964, especialmente en forma de suministros para el amplio programa de México. La AID de los Estados Unidos de América redujo considerablemente el nivel de las subvenciones aportadas al programa de erradicación de la malaria en 1964, de acuerdo con su política de sustituirlas por empréstitos a largo plazo a los Gobiernos, a fin de financiar los déficits en costos locales. Las subvenciones de la AID previstas para 1965 son un 15% menores que las correspondientes a 1964. Además de las subvenciones, la AID aportó

EUA\$2.000.000 al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria, y para 1965 se ha previsto que aportará EUA\$1.800.000.

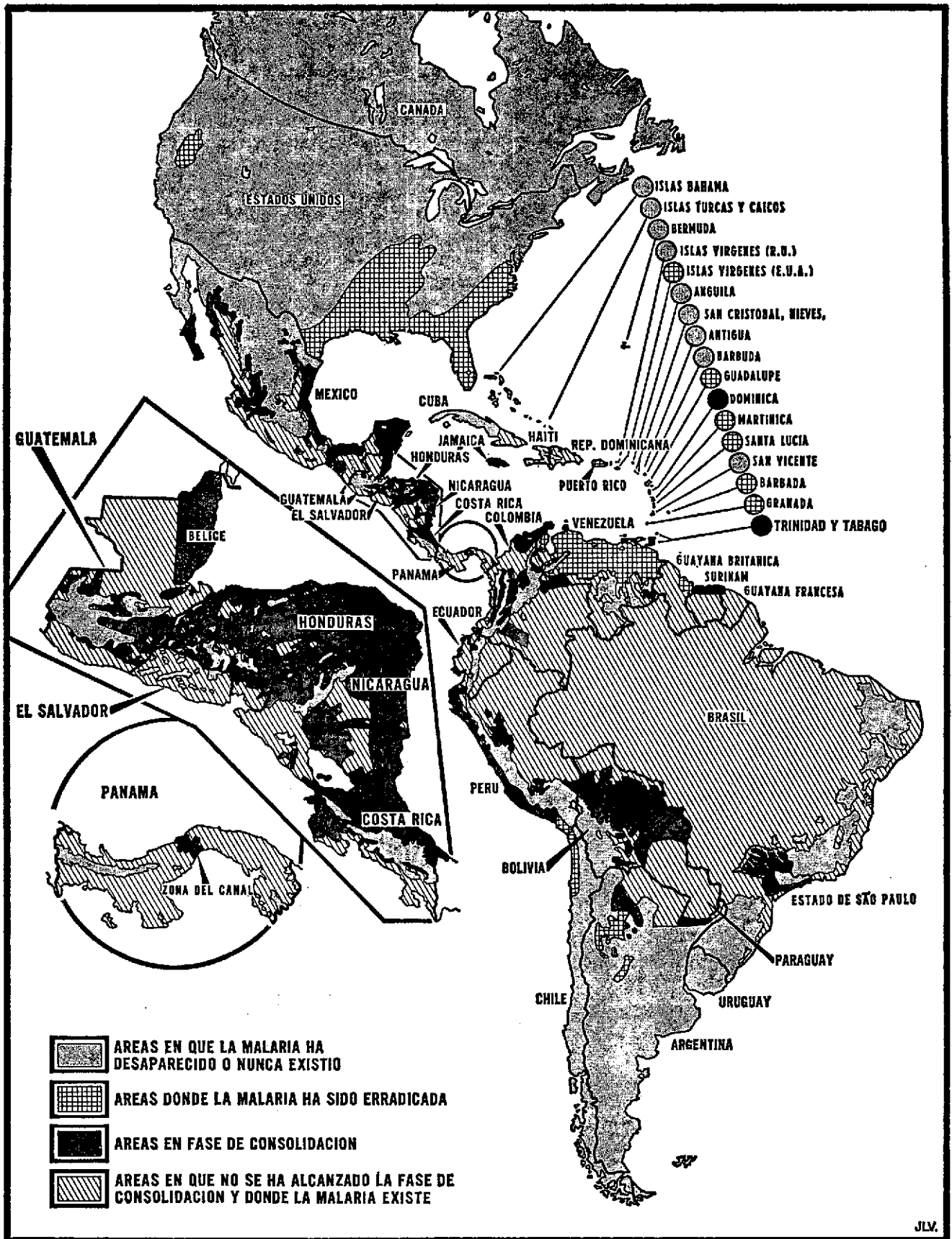
La cooperación de los organismos internacionales y bilaterales prestada a la erradicación de la malaria no puede medirse totalmente en dólares, ya

que dichos medios aportan otros esenciales para la marcha de las campañas que no pueden obtenerse de otras fuentes. Constituyen elementos catalizadores, sin los cuales sería imposible alcanzar muchos de los objetivos de los programas de erradicación en las Américas.

---



ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, 31 DICIEMBRE 1963.



ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, 31 DICIEMBRE 1964.





Cuadro 1

COMPARACION DE POBLACION Y SUPERFICIE SOMETIDAS A DIVERSAS FASES DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, EN 1963 Y 1964, Y PORCENTAJES DE CAMBIO EN CADA FASE

Fase	1963	1964	Porcentaje de cambio
<b>A. Población en miles de habitantes:</b>			
1. Con erradicación de la malaria declarada o registrada .....	56 546	57 414	+ 1.5
2. Fase de consolidación .....	33 901	32 277	- 4.8
3. Fase de ataque .....	31 910	34 426	+ 7.9
4. Fase preparatoria o todavía no iniciada..	29 664	34 525	+ 16.4
<b>B. Area en km<sup>2</sup></b>			
1. Con erradicación de la malaria declarada o registrada .....	2 874 214	2 874 313	+ 0.003
2. Fase de consolidación .....	2 411 815	2 109 589	- 12.5
3. Fase de ataque .....	3 378 932	3 219 017	- 4.7
4. Fase preparatoria o todavía no iniciada..	7 663 009	7 852 697	+ 2.5

Cuadro 2

Año	Población en millares			
	Con erradicación anunciada o alcanzada	Fase de consolidación	Porcentaje anual de aumento	
			Erradicación anunciada	Fase de consolidación
1960	50 741	1 991	-	-
1961	53 357	13 879	5.2	597.1
1962	55 397	25 914	3.8	86.7
1963	56 546	33 901	2.1	30.8
1964	57 414	32 277	1.5	4.8

Cuadro 3

ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, POR POBLACION, 1964  
(Población en millares de habitantes)

País u otra unidad política	Población <sup>a</sup> total	Población de las áreas maláricas iniciales				
		Total	Erradicación anunciada (fase de man- tenimiento)	Fase de Consolidación	Fase de Ataque	Fase Prep. o programa no iniciado
Argentina .....	21 480	2 738	1 021	627	329	761
Bolivia .....	4 266	1 353	-	1 141	212	-
Brasil .....	80 332	40 291	-	2 183	6 289	31 819 <sup>b</sup>
Canadá .....	19 272	-	-	-	-	-
Colombia .....	17 505	9 569	-	6 053	3 154 <sup>c</sup>	362
Costa Rica .....	1 387	423	-	294	129	-
Cuba .....	7 256	2 239	-	-	2 239	-
Chile .....	8 389	134	134	-	-	-
Ecuador .....	4 813	2 652	-	1 053	1 599	-
El Salvador .....	2 828	1 900	-	-	1 900 <sup>d</sup>	-
Estados Unidos .....	191 300	46 400	46 400	-	-	-
Guatemala .....	4 278	1 919	-	1 057	862	-
Haití .....	4 494	3 533	-	-	3 533 <sup>e</sup>	-
Honduras .....	2 030	1 900	-	1 631	269	-
Jamaica .....	1 706	1 365	-	1 365	-	-
México .....	39 494	20 212	-	12 740	7 472	-
Nicaragua .....	1 740	1 671	-	695	976 <sup>f</sup>	-
Panamá .....	1 210	1 165	-	-	1 165	-
Paraguay .....	1 900	1 579	-	-	-	1 579
Perú .....	10 784	3 292	43	2 204	1 045	-
República Dominicana ....	3 452	2 830	-	-	2 830	-
Trinidad y Tabago .....	962	822	-	822	-	-
Uruguay .....	2 996	-	-	-	-	-
Venezuela .....	8 336	6 225	5 822 <sup>g</sup>	116	287	-
Antigua .....	60	-	-	-	-	-
Antillas Neerlandesas ...	208	-	-	-	-	-
Bahamas .....	133	-	-	-	-	-
Barbada .....	235	231	231	-	-	-
Belice .....	104	104	-	104	-	-
Bermuda .....	48	-	-	-	-	-
Dominica .....	60	14	-	14	-	-
Granada y Carriacou .....	93	39	39	-	-	-
Guadalupe .....	298	266	266	-	-	-
Guayana Británica .....	631	631	589	-	42	-
Guayana Francesa .....	35	35	-	-	31	4
Islas Malvinas .....	2	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes (Reino Unido)	8	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes (E. U. A.) ..	41	37	37	-	-	-
Martinica .....	309	192	192	-	-	-
Montserrat .....	13	-	-	-	-	-
Puerto Rico .....	2 572	2 556	2 556	-	-	-
San Cristóbal-Nieves- Anguila .....	62	-	-	-	-	-
San Pedro y Miquelón ....	5	-	-	-	-	-
San Vicente .....	86	-	-	-	-	-
Sta. Lucía .....	99	84	84	-	-	-
Surinam .....	315	190	-	128	62	-
Zona del Canal de Panamá	51	51	-	50	1	-
Total .....	447 666	158 642	57 414	32 277	34 426	34 525

- Nada

(a) Últimos datos oficiales existentes. (b) Parte de esta población está protegida con rociamientos irregulares. (c) Incluye un área con 1 214 535 habitantes, donde se ha suspendido el rociado, pero no se ha declarado como en fase de consolidación. (d) Incluye 1 204 350 habitantes en áreas donde se suspendió el rociado por razones técnicas. (e) Incluye un área con 2 072 588 habitantes donde se ha suspendido el rociado, pero no se ha declarado como en fase de consolidación. (f) Habitantes en áreas donde el rociado está en receso están incluidos. (g) 4 386 027 habitantes en áreas de malaria erradicada, registradas por la OPS.

Cuadro 4

## ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, POR AREA, 1964

(Area en km<sup>2</sup>)

País u otra unidad política	Area total	Areas malféricas iniciales				
		Total	Erradicación anunciada (fase de man- tenimiento)	Fase de Consolidación	Fase de Ataque	Fase Prep. o programa no iniciado
Argentina .....	4 024 458	349 051	40 100	66 963	85 922	156 066
Bolivia .....	1 098 581	824 280	-	619 540	204 720	-
Brasil .....	8 513 861	7 445 757	-	190 675	363 205	6 891 877 <sup>a</sup>
Canadá .....	9 974 375	-	-	-	-	-
Colombia .....	1 138 338	946 222	-	120 777	427 231 <sup>b</sup>	398 164
Costa Rica .....	51 011	31 526	-	23 281	8 245	-
Cuba .....	114 524	37 502	-	-	37 502	-
Chile .....	741 767	55 287	55 287	-	-	-
Ecuador .....	291 906	175 462	-	19 198	156 264	-
El Salvador .....	21 146	19 300	-	-	19 300 <sup>c</sup>	-
Estados Unidos .....	9 339 900	2 255 890	2 255 890	-	-	-
Guatemala .....	108 889	80 350	-	19 282	61 068	-
Haití .....	27 750	19 100	-	-	19 100 <sup>d</sup>	-
Honduras .....	112 088	106 969	-	97 100	9 869	-
Jamaica .....	11 428	10 028	-	10 028	-	-
México .....	1 969 367	1 054 775	-	539 731	515 044	-
Nicaragua .....	139 000	132 385	-	91 799	40 586 <sup>e</sup>	-
Panamá .....	75 650	69 844	-	-	69 844	-
Paraguay .....	406 752	406 590	-	-	-	406 590
Perú .....	1 381 800	943 200	31 040	268 210	643 950	-
República Dominicana .....	48 442	39 000	-	-	39 000	-
Trinidad y Tabago .....	5 605	5 444	-	5 444	-	-
Uruguay .....	186 926	-	-	-	-	-
Venezuela .....	912 050	600 000	469 552 <sup>f</sup>	7 681	122 767	-
Antigua .....	280	-	-	-	-	-
Antillas Neerlandesas .....	961	-	-	-	-	-
Bahamas .....	11 396	-	-	-	-	-
Barbada .....	431	430	430	-	-	-
Belice .....	22 696	22 696	-	22 696	-	-
Bermuda .....	53	-	-	-	-	-
Dominica .....	790	152	-	152	-	-
Granada y Carriacou .....	344	230	230	-	-	-
Guadalupe .....	1 779	1 136	1 136	-	-	-
Guayana Británica .....	215 800	215 800	10 600	-	205 200	-
Guayana Francesa .....	86 000	32 000	-	-	32 000	-
Islas Malvinas .....	11 961	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes (Reino Unido) .....	174	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes (E. U. A.) .....	342	342	342	-	-	-
Martinica .....	1 102	300	300	-	-	-
Montserrat .....	84	-	-	-	-	-
Puerto Rico .....	8 896	8 896	8 896	-	-	-
San Cristóbal-Nieves .....	-	-	-	-	-	-
Anguila .....	396	-	-	-	-	-
San Pedro y Miquelón .....	240	-	-	-	-	-
San Vicente .....	389	-	-	-	-	-
Sta. Lucía .....	603	510	510	-	-	-
Surinam .....	163 820	163 750	-	5 600	158 150	-
Zona del Canal de Panamá .....	1 432	1 432	-	1 432 <sup>g</sup>	(g)	-
Total .....	41 225 583	16 055 616	2 874 313	2 109 589	3 219 017	7 852 697

- Nada

(a) En parte de esta área se efectúa rociado irregularmente. (b) Incluye un área de 160 888 km<sup>2</sup> donde se ha suspendido el rociado, pero no se ha declarado como en fase de consolidación. (c) Un área de 10 375 km<sup>2</sup> donde se suspendió el rociado por razones técnicas está incluida. (d) Incluye un área de 9 031 km<sup>2</sup> donde se ha suspendido el rociado, pero no se ha declarado como en fase de consolidación. (e) Incluye áreas donde el rociado está en receso. (f) 407 945 km<sup>2</sup> están registrados por la OPS como área de malaria erradicada. (g) Se continúa el rociado en una parte limitada del área indicada como en fase de consolidación.

Cuadro 5

## EXTENSION Y NATURALEZA DE LAS AREAS PROBLEMA Y MEDIDAS TOMADAS Y PLANEADAS PARA SU SOLUCION, HASTA DICIEMBRE DE 1964

País y nombre del área	Población	Área (km <sup>2</sup> )	Insecticida		Vector	Causas del problema	Medidas para solución		
			Tipo	Años de cobertura			En operación en 1964	Planeadas para 1965	Resultados
<u>Costa Rica</u>									
Jicaral-Puntarenas	2 251	223	DDT	7	Conocidos: <u>A. albimanus</u> <u>A. punctimacula</u> Sospechosos: <u>A. pseudopunct.</u>	Excito-repelencia al DDT, picaduras peridomiliarias; casas de construcción abierta; migración interna.	Tratamiento colectivo quincenal con Cloroquina-Primaquina; rociado intra- y peridomiliario con DDT; Trat. radical de los casos y contactos	Substitución del rociado semianual con DLN por DDT; Cont. Trat. colectivo y radical.	Buenos resultados en las áreas de Trat. colectivo pero no todas las áreas que requieren tratamiento están incluidas.
Matapalo-Aguirre	2 684	266	"	"					
Puerto Cortés-Osa	1 709	169	"	"					
Sierpe-Osa	1 321	130	"	"					
Tinoco-Osa	1 781	176	"	"					
Golfito	1 482	146	"	"					
Colorado-Golfito	846	82	"	"					
Sámara-Nicoya	906	89	"	"					
	<u>12 980</u>	<u>1 281</u>							
<u>El Salvador</u>									
Depts. de la Costa entre 0 a 100 m Usulután, San-Miguel y La Unión	166 000	1 807	DLN DDT	1 8	<u>A. albimanus</u>	Resistencia y excito-repelencia al DDT; migración de la población; agresiones al rociado; casas nuevas	Rociado con DDT	Tratamiento colectivo	Ningún progreso en años recientes
Depts. de la Costa entre 0 a 100 m. Aluscharán, Sonsonaté, La Libertad, La Paz, San Vicente	130 000 <u>296 000</u>	2 200 <u>4 007</u>	DLN DDT	1 8	"	"	Rociado con DDT; tratamiento colectivo quincenal con cloroquina-primaquina	Continde	Buenos
<u>Guatemala</u>									
Costa del Pacífico (2/3 Occidente)	329 358	6 109	DLN DDT	2 6	<u>A. albimanus</u> <u>A. pseudopunct.</u> (raro)	Resistencia al DDT y al DLN; excito-repelencia; migración; casas nuevas	Tratamiento colectivo en plantaciones de algodón.	Tratamiento colectivo	Malos
Moyutla	12 066	310	"	"	"	Excito-repelencia; migración, casa nuevas	DDT; Trat. radical; Trat. colectivo quincenal por 4 meses		Buenos

Nota: Salvo que se indique lo contrario, los rociamientos con DDT y DLN se hacen a intervalos y dosis usuales.

Cuadro 5 (Cont.)  
 EXTENSION Y NATURALEZA DE LAS AREAS PROBLEMA Y MEDIDAS TOMADAS Y PLANEADAS PARA  
 SU SOLUCION, HASTA DICIEMBRE DE 1964

País y nombre del área	Población	Área (km <sup>2</sup> )	Insecticida		Vector	Causas del problema	Medidas para solución			
			Tipo	Años de cobertura			En operación en 1964	Planeadas para 1965	Resultados	
<u>Guatemala (Cont.)</u>										
Jalapa	71 069	1 324	DLN DDT	2 6	<u>A. albimanus</u> <u>A. pseudopunct.</u> (raro)	Resistencia al DDT y al DLN; migración interna	Larvicidas en la Capital del Distrito	Larvicidas	Insuficientes	
Baja Verapaz	27 870	675	"	"	"	Resistencia al DDT y al DLN; migración interna	Ninguno	Larvicidas	Ninguno	
Alta Verapaz	78 025 518 388	2 112 10 530	"	"	"	Migración interna; construcción abierta de las casas	Mejoramiento del rociado		Insuficientes	
<u>Guayana Británica</u>										
Rupununi	8 750	6 000	(a)	4	<u>A. darlingi</u>	<u>P. falciparum</u> resistente a la cloroquina	Roc. DDT, 2 1/2 años; Trat. radical con pirimetamina o quinina para las recaídas	Continde	Buenos	
<u>Haití</u>										
Petit-Goave	44 091	200	DDT	2 1/2	<u>A. albimanus</u>	Agresiones al rociado; hábitos de la población	Trat. colectivo con cloroquina-pirimetamina en ciclos de 3 semanas	Continde	Muy pronto para saberlo	
<u>Honduras</u>										
Area sur	132 517	3 682	DDT Mal.	4 1 1/2	<u>A. albimanus</u>	Resistencia al DDT y al DLN	Malatía en ciclos trimestrales, pero por falta de fondos ha sido retrasado e interrumpido	Trat. colectivo; Mal. en limitado número de focos	Insuficientes	

(a) La principal medida de ataque usada fue la sal cloroquinada. Después de descubrirse que el P. falciparum era resistente a la cloroquina, se adoptó el rociamiento con DDT como medida de ataque suplementario.

Cuadro 5 (Cont.)  
EXTENSION Y NATURALEZA DE LAS AREAS PROBLEMA Y MEDIDAS TOMADAS Y PLANEADAS PARA SU SOLUCION, HASTA DICIEMBRE DE 1964

País y nombre del área	Población	Área (Km <sup>2</sup> )	Insecticida		Vector	Causas del problema	Medidas para solución			
			Tipo	Años de cobertura			En operación en 1964	Planeadas para 1965	Resultados	
México										
Tapachula-Suchiate	41 648	1 204	DDT	4	<u>A. albimanus</u>	Resistencia parcial al DDT y al DLN	DDT; Trat. radical	Trat. colectivo	Persistencia de transmisión	
Cuenca Media Río Grijalva	40 596	3 078	"	"	<u>A. pseudopunct.</u> <u>A. albimanus</u>	Migración interna; casas abiertas	Rociado oportuno; y Trat. cura radical	(a)	"	
Vertiente Norte Sierra Chiapaneca	238 138	10 495	"	"	<u>A. pseudopunct.</u> <u>A. albimanus</u>	Aún no determinadas	---		"	
Istmo vertiente del Golfo	158 662	13 467	"	"	<u>A. pseudopunct.</u> <u>A. albimanus</u>	Excito-repelencia al DDT; exofagia, casas nuevas	Trat. cura radical		"	
Cañada de la Presa Miguel Alemán	117 736	3 562	"	"	<u>A. albimanus</u>	Movimiento de población	Rociado oportuno y Trat. cura radical		Evoluciona a la negatividad	
Cuenca alta Río Papaloapan	18 749	1 757	"	"	<u>A. pseudopunct.</u>	Exofagia, casas nuevas	"		"	
Huastecas	579 035	12 307	"	"	<u>A. albimanus</u>	Agresiones al rociado; casas nuevas	"		"	
Cuenca Alta Río Santa María	23 153	1 608	"	"	<u>A. pseudopunct.</u>	Agresiones al rociado a causa de chinches	Se añadió BHC al DDT		Continúa la transmisión.	
Costa Sur del Pacífico	950 723	72 757	"	"	<u>A. albimanus</u> <u>A. pseudopunct.</u>	Excito-repelencia; agresiones al rociado; casas nuevas	Rociado cuatrimestral		"	
Cuenca Río Balsas y afluentes	1 349 733	68 894	"	"	<u>A. pseudopunct.</u>	Agresiones al rociado; (otras se están estudiando)	---		"	
Valle de Morelos	205 548	2 853	"	"	<u>A. pseudopunct.</u>	Casas nuevas	Rociado oportuno	Personal con múltiples cargos	"	
Costa de Colima y Pihuamo	58 426	4 723	"	"	<u>A. pseudopunct.</u>	Aún no determinadas	---	Larvicidas	"	

(a) Un plan piloto de ataque integrado, incluyendo DDT tres veces al año, búsqueda intensiva de casos y tratamiento de cura radical por 5 días con medidas adicionales, cuando fue necesario, empezó en octubre de 1964 en la costa sur del Pacífico, y continuará en 1965. Larvicidas y otras medidas corrientes continuarán.



Cuadro 6

## PROGRAMAS COLECTIVOS CON DROGAS EN LAS AMERICAS, 1964

Pafs	Población tratada	Area (Km <sup>2</sup> )	Ubicación	Droga	Ciclo	Planeado para 1965 *	Otras medidas en uso
Bolivia	308	770	Quebrada de Tonina, Depto. de Chuquisaca.	Cloroquina-primquina	2 semanas	C	Rociamiento con DDT
El Salvador	130 000	2 200	Costa de: Ahuachapán, Sonsonate, La Libertad, San Salvador, La Paz, San Vicente	"	"	E <sup>a</sup>	Rociamiento con DDT; larvicidas
Guatemala	68 866	...	Nueva Concepción, Ocós, Moyutla, plantaciones de algodón	"	"	E <sup>b</sup>	Rociamiento con DDT
Haití	44 091	200	Petit-Goáve	Cloroquina-pirimetamina	3 semanas	E	--
Nicaragua	28 056	1 477	Algunas localidades en los Departamentos de Madriz, Managua y Chinandega	Cloroquina-primquina	2 semanas	E	Rociamiento con malatión, larvicidas
Venezuela	116 614	...	Areas del oriente y occidente	"	1 semana: 85 922 pers. 2 semanas: 29 094 pers. 1 mes: 1 598 pers.	C	Rociamiento peri-domiciliario, nebulizadoras

\* C = Continuará

E = Se extenderá

(a) Tratamiento terminado. La vigilancia continuará para 44 000 personas.

(b) 1964, tratamiento terminado.



Cuadro 7

PERSONAL EMPLEADO EN LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN  
LAS AMERICAS, 31 DE DICIEMBRE DE 1963 Y 1964, POR CATEGORIA

(Personal a tiempo parcial en paréntesis)

Título		1963	1964
OPERACIONES DE ROCIADO	Ingenieros .....	119 (1)	117 (1)
	Jefes de Rociado (no profesionales) .....	166 (2)	208 (2)
	Jefes de Sector .....	646 (2)	662 (2)
	Jefes de Brigada .....	1 923 (2)	2 082 (2)
	Rociadores .....	9 584 (20)	10 036 (20)
	Dibujantes .....	133	141
	SUB-TOTAL .....	12 571 (27)	13 246 (27)
OPERACIONES EPIDEMIOLOGICAS	Médicos .....	278 (18)	271 (13)
	Entomólogos .....	31 (1)	21 (1)
	Entomólogos auxiliares .....	262 (12)	247 (12)
	Estadísticos y estadísticos auxiliares .....	119	139
	Inspectores de Evaluación .....	507 (2)	770 (5) <sup>a</sup>
	Evaluadores .....	3 693 (7)	4 188 (9) <sup>a</sup>
	Microscopistas .....	756 (14)	747 (15)
	SUB-TOTAL .....	5 646 (54)	6 383 (55)
ADMINISTRACION Y OTROS	Administradores .....	317 (1)	347 (1)
	Auxiliares de Administración .....	947	1 123
	Contadores .....	34	38
	Oficiales de Pago .....	51	50
	Encargados de Almacén .....	96	106
	Auxiliares de Almacén .....	104 (1)	93 (1)
	Secretarios .....	351 (1)	351 (1)
	Otros .....	1 852 (56)	1 645 (32)
SUB-TOTAL .....	3 752 (59)	3 753 (35)	
TRANSPORTE	Jefes de Transporte, Mecánicos y Auxiliares de Mecánicos .....	507	579
	Chóferes .....	1 464 (2)	1 557 (2)
	Operadores de Lancha .....	223 (2)	229 (2)
	Barqueros .....	36	28
	SUB-TOTAL .....	2 230 (4)	2 393 (4)
TOTAL GENERAL .....		24 199 (144)	25 775 (121)

(a) Incluye personal destinado a tratamiento colectivo y larvicidas.

Cuadro 8

## PERSONAL EMPLEADO EN LAS OPERACIONES DE ROCIAMIENTO EN LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS - 31 DE DICIEMBRE 1964

(Personal a tiempo parcial en paréntesis)

País u otra unidad política	Total	Ingenieros	Sanitarios o jefes de rociado	Jefes de Sector	Jefes de Brigada	Rociadores	Dibujantes
Argentina .....	148	2	6	11	28	96	5
Bolivia <sup>a</sup> .....	34	1	7	3	3	20	-
Brasil (excl. São Paulo) <sup>b</sup> ..	5 334	29	56 <sup>c</sup>	229	800	4 183	37
Brasil (São Paulo) .....	606	9	-	33	128	418	18
Colombia .....	706	3	16	54	132 <sup>d</sup>	487	14
Costa Rica .....	46	1	1	7	8	28	1
Cuba .....	515	1	4	15	74	419 <sup>e</sup>	2
Ecuador <sup>b</sup> .....	570	6	-	36	96	431	1
El Salvador .....	3	1	-	-	-	-	2
Guatemala .....	335	1	22 <sup>f</sup>	8	46	254	4
Haití .....	661	6	8	22	96	524	5
Honduras .....	113	-	3	3	16	91	-
México .....	2 446	45	58	117	385	1 818	23
Nicaragua .....	126	-	4	28	15	77	2
Panamá .....	257	-	6	10	43	197	1
Paraguay .....	34	2	6	2	18	-	6
Perú .....	303	5	9	34	51	198	6
República Dominicana .....	527	3	-	14	75	434	1
Trinidad y Tabago .....	30	-	-	8	7	12	3
Venezuela .....	391	1	-	20	33	269	8
Guadalupe .....	37	-	-	1	6	30	-
Guayana Británica .....	9	1	-	-	1	7	-
Guayana Francesa .....	29	-	-	2	7	20	-
Surinam .....	46	-	2	5	14	23	2
Zona del Canal de Panamá	(27)	(1)	(2)	(2)	(2)	(20)	-
Total .....	13 246 (27)	117 (1)	208 (2)	662 (2)	2 082 (2)	10 036 (20)	141

- Nada

(a) Junio. (b) Noviembre. (c) Estadísticos auxiliares para operaciones de rociado. (d) Incluye 107 jefes de brigada, rociadores. (e) Incluye 13 auxiliares de sector. (f) Incluye jefes de tratamiento colectivo y larvicidas.

Cuadro 9

PERSONAL EMPLEADO EN LAS OPERACIONES EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS - 31 DE DICIEMBRE 1964

(Personal a tiempo parcial en paréntesis)

País u otra unidad política	Total	Médicos	Entomólogos	Ayudantes de Entomólogo	Estadísticos y Estadísticos Auxiliares	Inspectores de Evaluación	Evaluadores	Microscopistas y personal de Laboratorio
Argentina .....	164	9	1	4	2	25	99	24
Bolivia a .....	123	8	1	4	6	28	61	15
Brasil (excl. São Paulo) b ..	1782	57	3	24	51	297	1185	165
Brasil (São Paulo) .....	239	12	1	12	1	32	124	57
Colombia .....	496	16	-	7	4	55	377	37
Costa Rica .....	91	1	-	-	2	3	72	13
Cuba .....	42	7	1	2	4	3	9	16
Ecuador b .....	161	9	1	5	1	3	111	34
El Salvador .....	216	5	1	7	4	-	170 c	20
Guatemala .....	114	3	1	19	6	10	77 c	22
Haití .....	197	8	3	11	9	15 c	109 c	42
Honduras .....	121	2	-	2	1	12	82	22
Jamaica .....	105	2	-	7	1	4	77	15
México .....	988	81	1	33	2	70	706 c	95
Nicaragua .....	224	5	1	6	7	91 c	98 c	16
Panamá .....	43	2	1	3	4	-	23	10
Paraguay .....	66	5	1	13	10	2	23	12
Perú .....	209	16	1	6	15	3	126	42
República Dominicana .....	61	2	1	4	6	4	27	17
Trinidad y Tabago .....	125	1	-	40	-	1	75	8
Venezuela .....	661	17	2	25	-	71 c	497 c	49
Belice .....	12	1	-	-	-	2	7	2
Dominica .....	7 (1)	(1)	-	-	-	1	5	1
Granada .....	25 (2)	-	-	10	-	14	1	(2)
Guadalupe .....	12 (8)	1	1	1	-	3 (2)	6 (6)	-
Guayana Británica .....	24 (1)	(1)	-	-	3	-	16	5
Guayana Francesa .....	4	1	-	1	-	-	-	2
Sta. Lucía .....	7 (3)	(1)	-	-	-	-	3	(1)
Surinam .....	34	-	-	1	1	4	22	6
Zona del Canal de Panamá	(40)	(10)	(1)	(12)	-	(2)	(5)	(12)
Total .....	6383 (55)	271 (13)	21 (1)	247 (12)	139	770 (5)	4188 (9)	747 (15)

- Nada

(a) Junio. (b) Noviembre. (c) Incluye personal con igual categoría, de los programas de tratamiento colectivo y larvicidas.

Cuadro 10

## PERSONAL EMPLEADO EN SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y OTROS EN LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS - 31 DE DICIEMBRE 1964

(Personal a tiempo parcial en paréntesis)

País u otra unidad política	Total	Administradores	Auxiliares de Administración	Contadores	Oficiales de pago	Encargados de Almacén	Auxiliares de Almacén	Secretarios	Otros
Argentina .....	130	4	64	-	-	4	8	3	47
Bolivia a .....	35	9	5	5	-	-	-	8	8
Brasil (excl. São Paulo) b .....	1598	274	564	23	-	29	-	20	686
Brasil (São Paulo) .....	408	15	85	-	9	7	13	-	279 c
Colombia .....	235	2	7	-	15	14	8	60	129
Costa Rica .....	17	1	7	-	-	2	1	1	5
Cuba .....	28	1	4	1	-	2	-	5	15
Ecuador b .....	105	5	13	-	4	6	-	20	57
El Salvador .....	38	1	1	-	4	1	4	8	22
Guatemala .....	36	1	8	-	-	3	-	4	20
Haití .....	109	6	5	3	3	5	3	18	66
Honduras .....	51	1	5	2	-	1	-	15	27
Jamaica .....	9 (1)	2	-	-	-	1	3	3	(1)
México .....	555	15	236	-	16	15	25	138	110
Nicaragua .....	40	-	5	-	-	1	7	8	19
Panamá .....	31	1	4	-	-	2	4	4	11
Paraguay .....	51	1	25	-	-	1	1	7	16
Perú .....	180	1	65	4	1	5	5	15	84
República Dominicana .....	22	1	3	-	-	1	1	5	11
Trinidad y Tabago .....	24	2	15	-	-	3	1	2	1
Venezuela .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Belice .....	4	1	-	-	-	-	-	2	1
Dominica .....	1 (1)	(1)	-	-	-	-	-	1	-
Granada .....	1 (1)	1	-	-	-	-	(1)	-	-
Guadalupe .....	3 (26)	1	-	-	-	-	-	-	2 (26)
Guayana Británica .....	10	-	-	-	-	1	1	1	7
Guayana Francesa .....	3	-	-	-	-	-	-	1	2
Sta. Lucía .....	(4)	1	2	-	1	-	-	(1)	(3) d
Surinam .....	31	-	-	-	-	2	-	2	20
Zona del Canal de Panamá	(2)	-	-	-	-	-	-	-	(2)
Total .....	3753 (35)	347 (1)	1123	38	50	106	93 (1)	351 (1)	1545 (32)

... No se dispone de datos

- Nada

(a) Junio. (b) Noviembre. (c) Se incluye personal del control de enfermedad de Chagas. (d) Rociadores.

Cuadro 11

PERSONAL EMPLEADO EN SERVICIOS DE TRANSPORTE EN LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION  
DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS - 31 DE DICIEMBRE 1964

(Personal a tiempo parcial en paréntesis)

Pafs u otra unidad polftica	Total	Jefes de Transporte Mecánicos y auxiliares Mecánicos	Chóferes	Operadores de lancha	Barqueros
Argentina .....	59	27	32	-	-
Bolivia <sup>a</sup> .....	43	8	21	14	-
Brasil (excl. São Paulo) <sup>b</sup> .....	1 032	246	742 <sup>c</sup>	38	6
Brasil (São Paulo) .....	250	19	228	3	-
Colombia .....	237	56	63	101	17
Costa Rica .....	11	2	9	-	-
Cuba .....	13	6	7	-	-
Ecuador <sup>b</sup> .....	74	12	62	-	-
El Salvador .....	41	15	25	1	-
Guatemala .....	30	1	29	-	-
Haití .....	70	30	39	1	-
Honduras .....	40	8	32	-	-
México .....	126	85	25	16	-
Nicaragua .....	61	2	51	8	-
Panamá .....	9	5	4	-	-
Paraguay .....	21	1	18	-	2
Perú .....	70	18	29	23	-
República Dominicana .....	73	17	56	-	-
Trinidad y Tabago .....	30	3	27	-	-
Venezuela .....	35	...	31 <sup>d</sup>	4	-
Belice .....	3	2	1	-	-
Dominica .....	1	-	1	-	-
Guadalupe .....	6	2	4	-	-
Guayana Británica .....	12	-	6	3	3
Guayana Francesa .....	6	1	4	1	-
Surinam .....	40	13	11	16	-
Zona del Canal de Panamá ...	(4)	-	(2)	(2)	-
Total .....	2 393 (4)	579	1 557 (2)	229 (2)	28

... No se dispone de datos

- Nada

(a) Junio. (b) Noviembre. (c) Incluye 2 pilotos de avión. (d) 23 operadores de bombas nebulizadoras.

Cuadro 12  
ELEMENTOS DE TRANSPORTE EN LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA  
EN LAS AMERICAS - 1964

País u otra unidad política	Camiones (3 toneladas o más)	Camiones y "Pick-up" (menos de .3 Ton.)	Jeeps	Automóviles y Furgonetas	Motocic- letas	Bicicletas	Embarca- ciones con motor	Embarca- ciones sin motor	Animales de silla y de carga	Otros
Argentina .....	10	106	17	13	1	21	-	-	-	-
Bolivia .....	-	23	37	2	18	54	35	-	95	-
Brasil (Excl. São Paulo) ..	54	354	807	34	-	232	150	9	787	2 a
Brasil (São Paulo) .....	11	158	58	13	-	1	11	-	-	2
Colombia .....	16	143	122	37	2	77	153	-	867	-
Costa Rica .....	1	8	14	3	-	80	11	-	(b)	-
Cuba .....	-	36	29	14	-	-	-	-	158	-
Ecuador .....	4	50	37	12	30	10	16	21	326	-
El Salvador .....	2	49	13	8	48	1	1	-	-	-
Guatemala .....	1	14	42	22	51	40	9	1	-	-
Haití .....	5	69	13	22	-	2	1	-	16	-
Honduras .....	2	35	30	7	20	50	1	-	157	-
Jamaica .....	-	14	16	8	-	-	-	-	-	-
México .....	15	436	347	2	-	-	9	-	2394 c	-
Nicaragua .....	2	17	34	10	-	-	11	-	-	-
Panamá .....	-	52	20	8	11	-	20	-	(b)	-
Paraguay .....	-	10	15	2	3	2	15	1	12	-
Perú .....	3	108	66	-	-	1	48	13	-	-
República Dominicana ..	1	64	15	3	5 d	14	-	-	6	-
Trinidad y Tabago .....	9	9	9	2	-	-	-	1	-	-
Venezuela .....	3	92	72	27	19	314	122	-	560	62 e
Belice .....	-	2	8	1	-	3	7	4	-	-
Dominica .....	-	-	3	-	4	-	-	-	-	-
Guadalupe .....	1	4	6	-	-	-	-	-	-	-
Guayana Británica .....	-	2	5	-	-	-	4	-	1	-
Guayana Francesa .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Saia Lucía .....	1	2	5	1	3	6	24	-	-	-
Surinam .....	1	2	5	1	4	-	-	-	-	-
Zona del Canal de Panamá	-	2 f	-	-	-	-	-	2 f	-	-

- Nada.

... No se dispone de datos

(a) Aviones. (b) Se alquilan cuando es necesario. (c) Se alquilan. (d) Además se utilizan 10 que son propiedad particular de los evaluadores.

(e) Nebulizadoras y tractores. (f) A tiempo parcial.

Cuadro 13

**PRESUPUESTOS NACIONALES PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA.  
EN LAS AMERICAS, 1963 - 1965**  
(en miles de dólares EUA)

País u otra unidad política	Presupuesto Nacional 1963	Presupuesto Nacional 1964	Compromisos Nacionales 1965
Argentina .....	520	951	1 392
Bolivia .....	-	83	160 *
Brasil (Excl. São Paulo) .....	3 395	11 277	8 900
Brasil (São Paulo) .....	1 123	1 242	2 241
Colombia .....	2 333	2 333	2 778 *
Costa Rica .....	270	264	264 *
Cuba .....	1 684	1 778	1 861
Ecuador .....	685	715	1 045
El Salvador .....	366	732	... *
Guatemala .....	452	738	990 *
Haití .....	50	50	100
Honduras .....	300	300	300 *
Jamaica .....	267	249	167
México .....	5 675	6 322	5 974 *
Nicaragua <sup>a</sup> .....	453	453	443 *
Panamá .....	589	518	690 *
Paraguay .....	256	258	294 *
Perú .....	937	950	...
República Dominicana .....	772	1 127	1 284
Trinidad y Tabago .....	473	470	426
Venezuela .....	3 593	3 947	4 296
Belice .....	33	24	25
Dominica .....	9	9	10
Granada .....	1	1	1
Guadalupe .....	147	186	192
Guayana Británica .....	39	67	...
Guayana Francesa .....	...	...	...
Sta Lucía .....	5	3	4
Surinam .....	288	301	298
Zona del Canal de Panamá .....	50	50	50
Total .....	24 765	35 398	34 185

- Nada

... No se dispone de datos

(a) Presupuesto Nacional de julio a junio.

\* Proyectos considerados con financiamiento inadecuado.

Cuadro 14  
 RESULTADOS COMPARADOS ENTRE LA BÚSQUEDA ACTIVA Y PASIVA DE CASOS DE MALARIA EN LAS AMERICAS, 1964

País u otra unidad política	Búsqueda activa de casos				Búsqueda pasiva de casos				
	Número promedio de evaluadores	Muestras de sangre		Promedio de producción por evaluador por mes	Número promedio de puestos de notificación	Promedio mensual de puestos de notificación que producen muestras	Muestras de sangre		Promedio mensual de láminas por puesto de notificación productivo
		Número examinadas	Porcentaje positivas				Número examinadas	Porcentaje positivas	
Argentina.....	102	152934	0.1	124.9	1299	232	28788	1.4	10.3
Bolivia.....	87	108097	2.0	103.5	2545	581	47443	2.8	6.8
Brasil (excl. São Paulo)	1167	643911	4.4	46.0	18329	7112	597331	13.5	7.0
Brasil (São Paulo)....	229	454406	0.1	165.4	4949	1768	80216	1.7	3.8
Colombia.....	302	289152	1.4	79.8	7889	4138	210371	5.0	4.2
Costa Rica.....	67	111721	0.5	138.9	654	141	11564	5.5	6.8
Cuba.....	9	38995	0.2	361.1	548	266	287475	0.2	74.4
Ecuador.....	113	66181	0.3	48.8	4443	2280	248519	1.8	9.1
El Salvador.....	69	95784	1.9	135.3	2000	1656	265059	9.4	12.8
Estados Unidos <sup>a</sup> .....	126	18	0	...	...	...	90	86.7	...
Guatemala.....	63	178619	3.0	134.8	2244	1104	110439	13.7	8.3
Haití.....	64	281601	3.0	372.5	2051	978	191696	6.5	16.3
Honduras.....	64	75769	2.0	98.7	2338	1101	131231	3.9	9.9
Jamaica.....	62	55249	0	74.3	711	82	79575	0.0	80.9
México.....	323	1216462	0.7	313.8	25755	3377	378861	1.4	7.9
Nicaragua.....	65	153336	3.4	197.2	1682	919	83775	8.3	8.5
Panamá.....	20	55156	1.1	228.3	1405	261	76731	1.6	24.5
Paraguay.....	37	31072	3.6	70.0	2805 <sup>b</sup>	336 <sup>b</sup>	72097	10.7	7.2
Perú.....	119	38320	0.4	268.8	8321	1184	110199	0.5	7.8
República Dominicana.	29	87552	0.2	251.6	1192	352	33659	0.4	8.0
Trinidad y Tabago.....	75	28583	0	31.8	82	82	53455	0.006	54.3
Venezuela <sup>c</sup> .....	499	248602	1.1	55.4	2331	413	125508	1.5	33.8
Belice.....	8	5255	0.2	54.7	127	71 <sup>d</sup>	6571	0.3	7.7
Dominica.....	6	8026	0	111.5	26	21	8128	0	32.3
Granada.....	1	517	0	43.1	-	-	-	0	-
Guadalupe.....	9	21810	0	201.9	...	...	21	0	...
Guayana Británica.....	16 <sup>a</sup>	50253	0.4	261.8	78 <sup>a</sup>	23 <sup>a</sup>	4932	0.3	17.9
Guayana Francesa.....	-	-	-	-	16	10	3025	1.6	25.2
Sta. Lucía.....	3	13368	0.03	371.3	54	9	4441	-	41.1
Surinam.....	24	72115	0.6	250.4	...	...	25081	28.9	...
Zona del Canal de Panamá	3 <sup>e</sup>	1147	0	63.7	...	...	...	0.1	...

... No se dispone de datos.

- Nada

(a) Enero-Noviembre. (b) Promedio del último trimestre. (c) Enero-Septiembre. (d) Promedio de 11 meses. (e) Tiempo parcial.



Cuadro 15

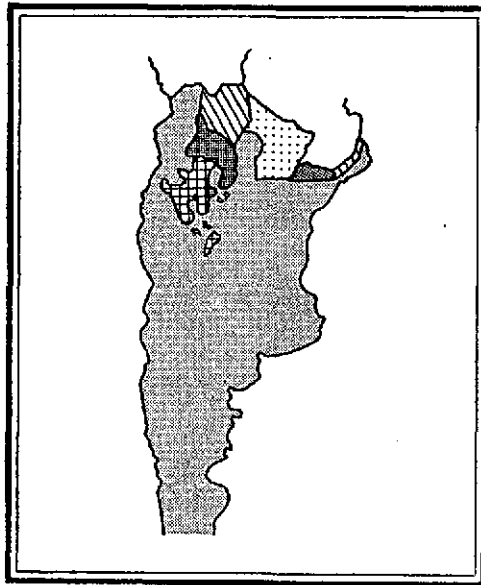
## RESUMEN DE BUSQUEDA DE CASOS EN LAS AMERICAS, 1958-1964

Año	Número de muestras examinadas	Número de muestras positivas	Porcentaje positivas
1958	1 716 103	56 705	3.3
1959	2 749 117	75 612	2.8
1960	3 955 149	79 998	2.0
1961	5 341 004	99 539	1.9
1962	7 221 367	177 089	2.4
1963	7 903 156	227 026	2.9
1964	8 156 290	254 572	3.1

Pafs: ARGENTINA

Cobertura total iniciada: 1o. de agosto de 1959

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>21 480</u>	<u>4 024 458</u>
Areas no maláricas	<u>18 742</u>	<u>3 675 407</u>
Areas maláricas iniciales		
Fase de Mantenimiento	<u>1 021</u>	<u>40 100</u>
Fase de Consolidación	<u>627</u>	<u>66 963</u>
Fase de Ataque	<u>329</u>	<u>85 922</u>
Fase Preparatoria	<u>761</u>	<u>156 066</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>2 738</u>	<u>349 051</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	2	146	148
Operaciones de evaluación	11	153	164
Administrativas y otras	-	130	130
Transporte	-	59	59
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>488</b>	<b>501</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

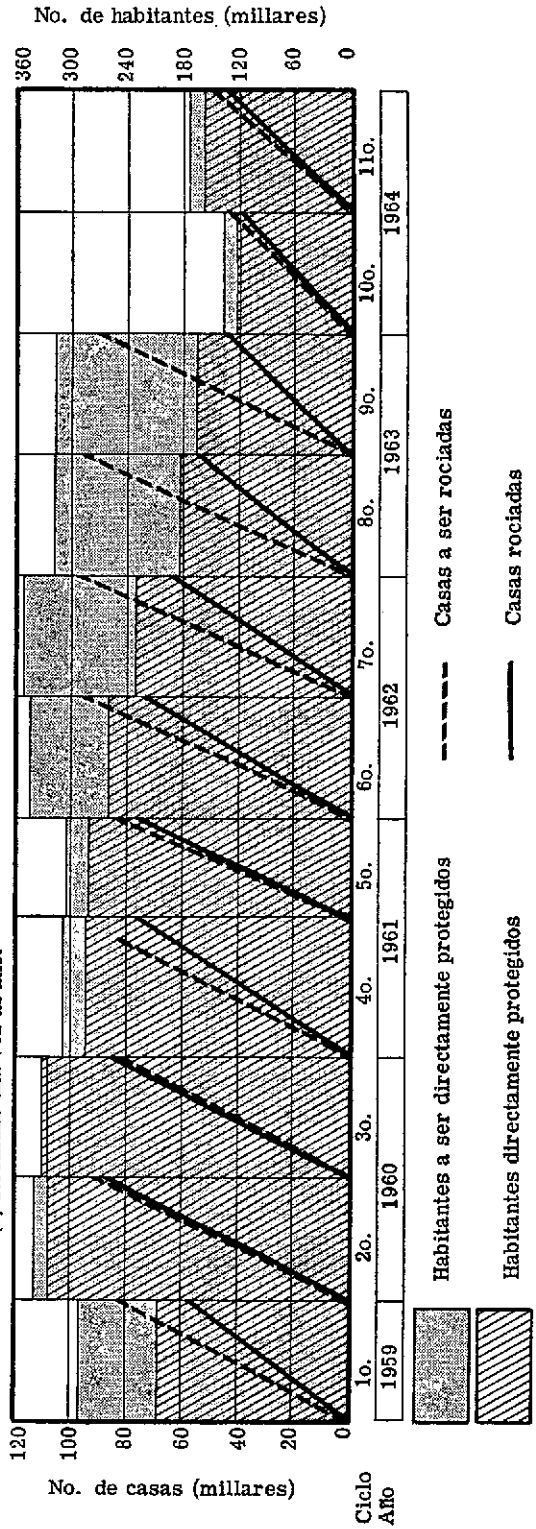
Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	53	50	43	146
Vehículos (2 ruedas)	-	18	4	22
Embarcaciones	-	-	-	-
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>68</b>	<b>47</b>	<b>168</b>

ARGENTINA (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Ciclo DDT	Casas rociadas		Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gr. técnico) DDT	Promedio de casas por rociador por día
			Planeado	Rociadas	Planeado	Protegidos		
1o.	Ago. 59-Jun. 60	1o.	81 619	55 849 <sup>a</sup>	288 768	205 189	263	...
		2o.	92 438	21 46 <sup>b</sup>	347 012	330 733	255	...
				81 170 <sup>a</sup>				
				6 909 <sup>b</sup>				
2o.	Jul. 60-Jul. 61	3o.	84 011	78 487 <sup>a</sup>	323 610	327 209	305	...
		4o.	84 077	6 442 <sup>b</sup>	308 142	282 178	334	...
				74 188 <sup>a</sup>				
				2 803 <sup>b</sup>				
3o.	Ago. 61-Jun. 62	5o.	81 906	73 682 <sup>a</sup>	303 290	280 425	383	...
		6o.	96 249	2 052 <sup>b</sup>	341 780	259 379	349	...
				73 027 <sup>a</sup>				
				63 967 <sup>a</sup>				
4o.	Jul. 62-Jun. 63	7o.	97 908	54 392 <sup>a</sup>	351 098	229 432	353	...
		8o.	95 552	350 <sup>b</sup>	318 288	182 273	329	...
				46 627 <sup>a</sup>				
5o.	Jul. 63-Jun. 64	9o.	90 333	46 627 <sup>a</sup>	317 972	164 420	320	...
		10o.	43 572	39 430 <sup>a</sup>	135 574	122 685	324	...
				44 972 <sup>a</sup>				
6o.	Jul. 64-Dic. 64	11o.	50 322	44 972 <sup>a</sup>	172 313	153 995	302	...

(a) Rociadas dos veces al año. (b) Rociadas una vez al año.



OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
1o. <sup>a</sup>	Ago.59-Jun.60	70700	2497	3.53	6	2491	-
2o. <sup>b</sup>	Jul.60-Jul.61	96991	3880	4.00	4	3876	-
3o.	Ago.61-Jun.62	107926	5081	4.71	1	5080	-
4o.	Jul.62-Jun.63	100342	1572	1.56	-	1571	1
5o.	Jul.63-Jun.64	93850	549	0.58	-	549	-
6o.	Jul.64-Dic.64	53980	140	0.26	-	140	-

AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION Y MANTENIMIENTO

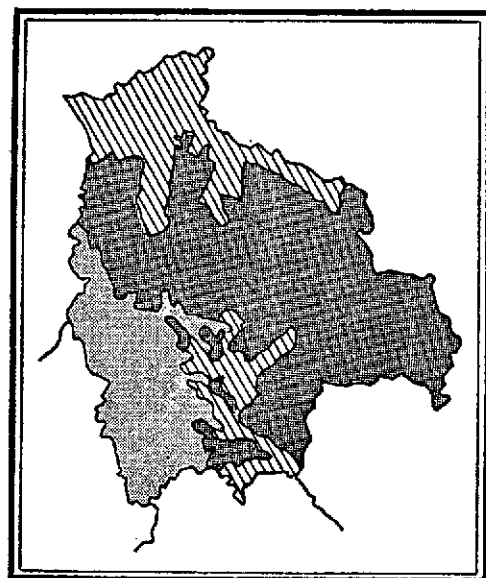
Año	Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección				Especie de parásitos							
						Autóctonos	Recaídas	Importados del exterior	de otras áreas dentro del país	Inducidos	Introducidos	No clasificados	P. falciparum	P. vivax	P. malariae		
1959	1-4	911	9491	1.0	51	-	-	-	32	-	-	-	19	-	-	...	
1960	1-4	929	14438	1.5	26	-	-	-	14	-	-	-	12	-	-	26	
1961	1-4	1278	44305	3.5	17	-	2	-	5	-	-	-	10	-	-	17	
	1o.		9011	2.3	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	2o.		8034	2.1	11	-	1	-	3	-	-	-	6	-	-	10	1
1962	3o.	1542	6545	1.7	4	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1
	4o.		16085	4.2	7	-	4	-	2	-	-	-	1	-	-	7	-
	1o.		13371	3.4	7	2	-	-	4	-	-	-	-	-	-	6	1
	2o.		17759	4.5	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1
1963	3o.	1584	12367	3.1	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-
	4o.		17245	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	1o.		20144	4.9	5	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	5	-
	2o.		21782	5.3	5	1	-	-	2	-	-	-	2	-	-	5	-
1964	3o.	1648	14703	3.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	4o.		22410	5.4	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-

(a) Cifras para todo el país, no separadas por fases de ataque y consolidación. (b) Cifras correspondientes a las fases de ataque y consolidación de julio a diciembre de 1960; cifras correspondientes a la fase de ataque de enero a julio de 1961.

Pafs: BOLIVIA

Cobertura total iniciada: 1o. de septiembre de 1958

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>4 266</u>	<u>1 098 581</u>
Areas no maláricas	<u>2 913</u>	<u>274 321</u>
<b>Areas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>1 141</u>	<u>619 540</u>
Fase de Ataque	<u>212</u>	<u>204 720</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>1 353</u>	<u>824 260</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	-	34	34
Operaciones de evaluación	11	112	123
Administrativas y otras	-	35	35
Transporte	-	43	43
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>224</b>	<b>235</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	23	34	5	62
Vehículos (2 ruedas)	-	51	21	72
Embarcaciones	12	22	1	35
Animales	60	35	-	95
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>142</b>	<b>27</b>	<b>264</b>

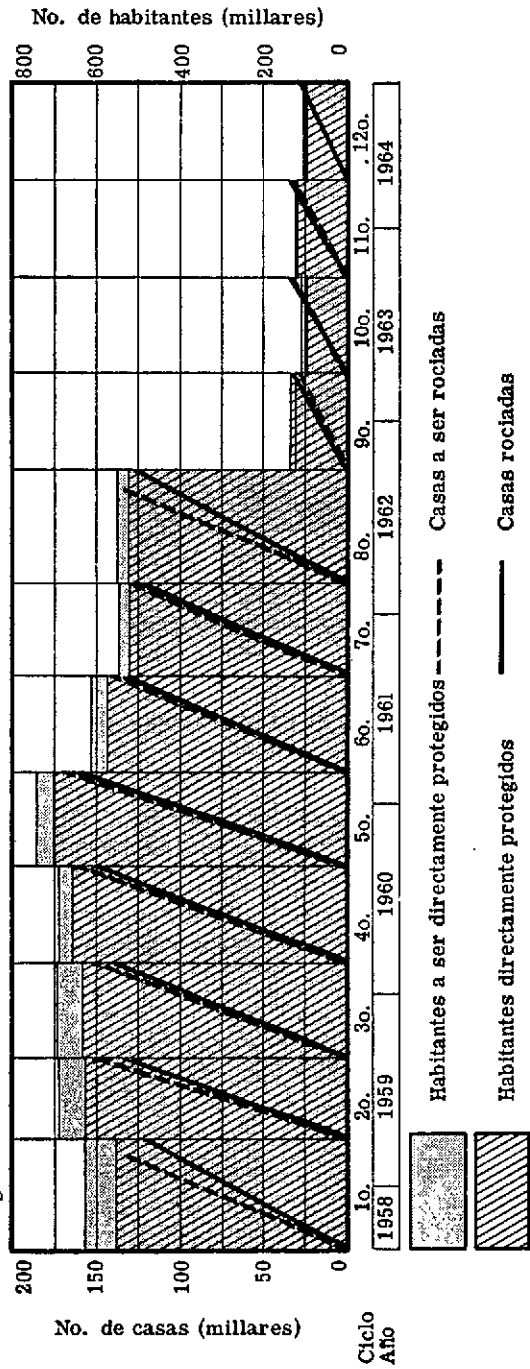
BOLIVIA (Cont.)

## OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas						Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador por día
		DDT		Ciclo		Díedrfn		Planeado	Protegidos	DDT	Díedrfn	
		Planeado	Rociadas	Rociadas	Ciclo	Planeado	Rociadas					
1o.	Sep. 58-Ago. 59	131 444	116 572	129 119	1o.	6 365	10 910	627 362	556 190	362	115	8.3
		148 200	129 119					627 210	627 210	331		7.0
2o.	Sep. 59-Ago. 60	147 263	136 601	142 536	2o.	11 331	12 268	695 521	634 859	319	118	7.6
		153 514	142 536					692 274	660 185	309		7.2
3o.	Sep. 60-Ago. 61	169 690	159 952		-	-	-	742 902	700 295	331	-	7.6
		142 210	134 173					612 356	577 743	329		7.5
4o.	Sep. 61-Sep. 62	129 600	124 623	128 898	-	-	-	546 005	524 986	353	-	7.9
		135 474	128 898					551 785	525 005	359		8.6
5o.	Oct. 62-Sep. 63	32 561	34 469	28 893	-	-	-	124 643	131 962	408	-	6.0
		32 361	28 893					110 578	98 727	428		5.9
6o. <sup>a</sup>	Oct. 63-Sep. 64	32 361	32 160	27 509	-	-	-	123 923	123 152	533	-	5.3
		28 536	27 509					101 503	37 855	547		5.6

- Nada

(a) Incluye rociado de emergencia.



BOLIVIA (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
1o.	Sep. 58-Ago. 59	50 980	1 843	3.62	273	1 268	302
2o.	Sep. 59-Ago. 60	99 241	1 106	1.12	124	803	179
3o. a	Sep. 60-Ago. 61	126 384	735	0.58	90	615	30
4o. a	Sep. 61-Sep. 62	174 900	982	0.56	214	758	10
5o. a	Oct. 62-Sep. 63	165 200	2 026	1.23	803	1 222	1
6o. a	Oct. 63-Dic. 63	64 913	679	1.05	281	398	-
6o. - 7o. b	Ene. 64-Dic. 64	88 368	3 315	3.75	477	2 888	-

## AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

Año	Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección				Especie de parásitos					
						Autóctonos	Recafdas	Importados del exterior	Importados de otras áreas dentro del país	Inducidos	Introducidos	No clasificados y no investigados	P. falciparum	P. vivax	P. malariae
1961	1-4	461	11 975	2.6	14	1	1	5	7	-	-	-	14	-	-
1962	1-3	759	18 131	3.2	21	-	-	2	19	-	-	-	21	-	-
1963	1-3	1 179	58 587	7.4	104	18	1	-	73	-	2	10	100	4	-
1964	1-4	1 141	67 172	5.9	139	19	2	4	77	-	16	21	121	16	2

(a) Cifras para todo el país, no separadas por fases de ataque y consolidación. (b) Incluye los últimos 9 meses del 6o. año y los 3 primeros del 7o. año de cobertura total.

País: BRASIL (Excl. São Paulo)

Cobertura total iniciada: 1o. de septiembre de 1958

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>65 332</u>	<u>8 266 622</u>
Areas no maláricas	<u>27 801</u>	<u>1 048 880</u>
Areas maláricas iniciales		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Ataque	<u>5 712</u>	<u>325 865</u>
Fase Preparatoria	<u>31 819</u>	<u>6 891 877</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>37 531</u>	<u>7 217 742</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	29	5 305	5 334
Operaciones de evaluación	66	1 716	1 782
Administrativas y otras	61	1 535	1 596
Transporte	-	1 032	1 032
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>9 588</b>	<b>9 744</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	717	276	256	1 249
Vehículos (2 ruedas)	-	232	-	232
Embarcaciones	102	48	9	159
Animales	664	123	-	787
Otros	-	-	2 <sup>a</sup>	2
<b>Total</b>	<b>1 483</b>	<b>679</b>	<b>267</b>	<b>2 429</b>

(a) Aviones



BRASIL (Excl. São Paulo) (Cont.)

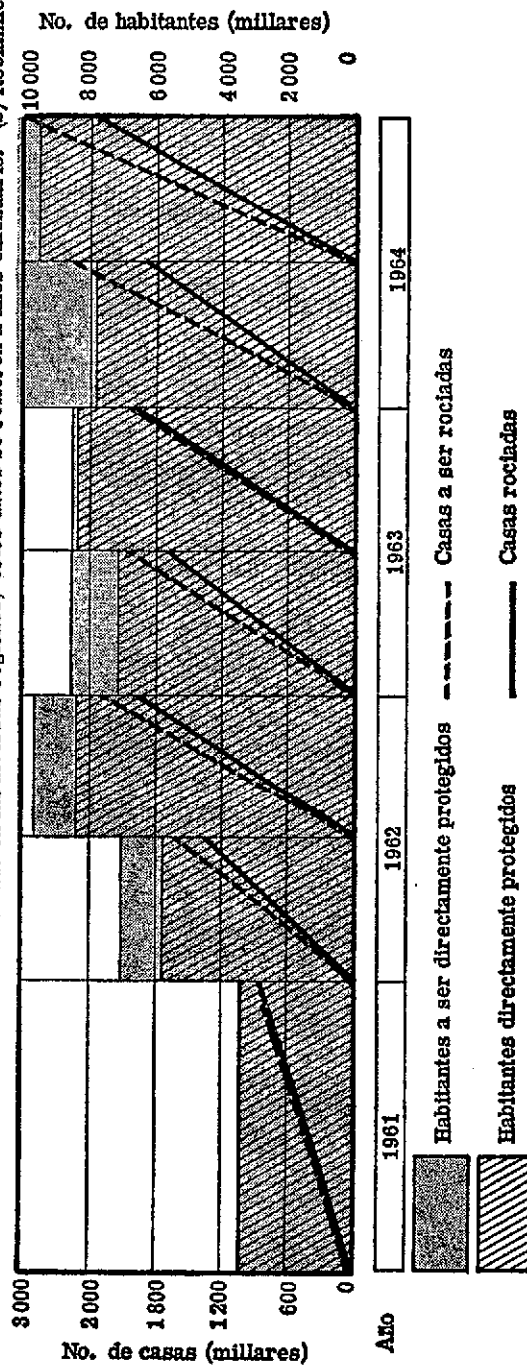
## OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Ciclo DDT	Casas rociadas		Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gr. técnico) DDT	Promedio de casas por rociador por día
			Planeado	Rociadas	Planeado	Protegidos		
(a)	Ene. 61-Nov. 61	(a)	820 095	814 475 <sup>b</sup>	3 399 300 <sup>c</sup>	3 380 000 <sup>c</sup>	...	...
(a)	Ene. 62-Jun. 62	...	1 622 052	1 350 566	7 016 997	5 843 075	424	...
	Jul. 62-Dic. 62	...	2 282 000	1 960 358	9 724 856	8 317 493	420	...
(a)	Ene. 63-Jun. 63	...	2 062 265	1 726 389	8 574 898	7 178 751	407	...
	Jul. 63-Dic. 63	...	2 045 534	2 010 035	8 524 558	8 376 676	414	7.5
(a)	Ene. 64-Jun. 64	...	2 532 153	1 899 065	10 502 357	7 876 719	412	7.9
	Jul. 64-Dic. 64	...	2 993 954	2 350 055	12 310 241	9 662 334	410	7.7

... No se dispone de datos.

(a) Debido a la diferencia de comienzo de los ciclos de rociado en las diversas regiones, estos datos se refieren a años calendario. (b) Rociamientos.

(c) Estimado



## BRASIL (Excl. São Paulo) (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falci- parum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
(a)	Ene. 61-Dic. 61	230 205	36 912 <sup>b</sup>	16.03	3 620	32 285	2
(a)	Ene. 62-Dic. 62	513 767	68 371	13.31	22 683	45 683	5
(a)	Ene. 63-Dic. 63	860 681	109 210	12.69	37 502	71 610	98
(a)	Ene. 64-Dic. 64	1 241 242	109 507	8.82	41 737	67 713	57

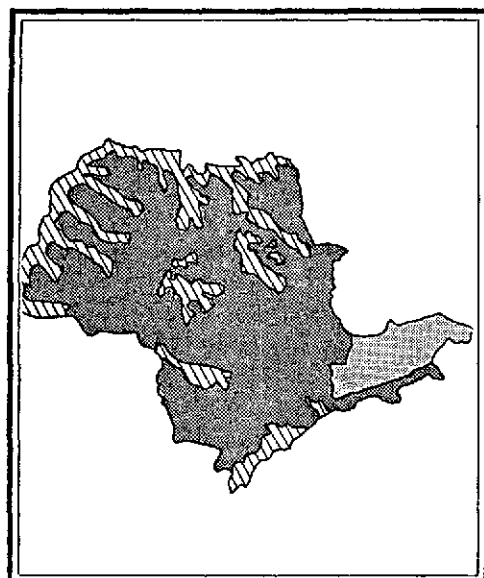
(a) Debido a la diferencia de comienzo de los ciclos de rociado en las diferentes regiones, estos datos se refieren a años calendario.

(b) Incluye 1.005 infecciones mixtas no diferenciadas, provenientes del Sector Espíritu Santo.

Pafs: BRASIL (São Paulo)

Cobertura total iniciada: 4 de enero de 1960

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>15 000</u>	<u>247 239</u>
Areas no maláricas	<u>12 240</u>	<u>19 224</u>
<b>Areas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>2 183</u>	<u>190 675</u>
Fase de Ataque	<u>577</u>	<u>37 340</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>2 760</u>	<u>228 015</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	9	597	606
Operaciones de evaluación	13	226	239
Administrativas y otras	-	408	408
Transporte	-	250	250
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>1 481</b>	<b>1 503</b>

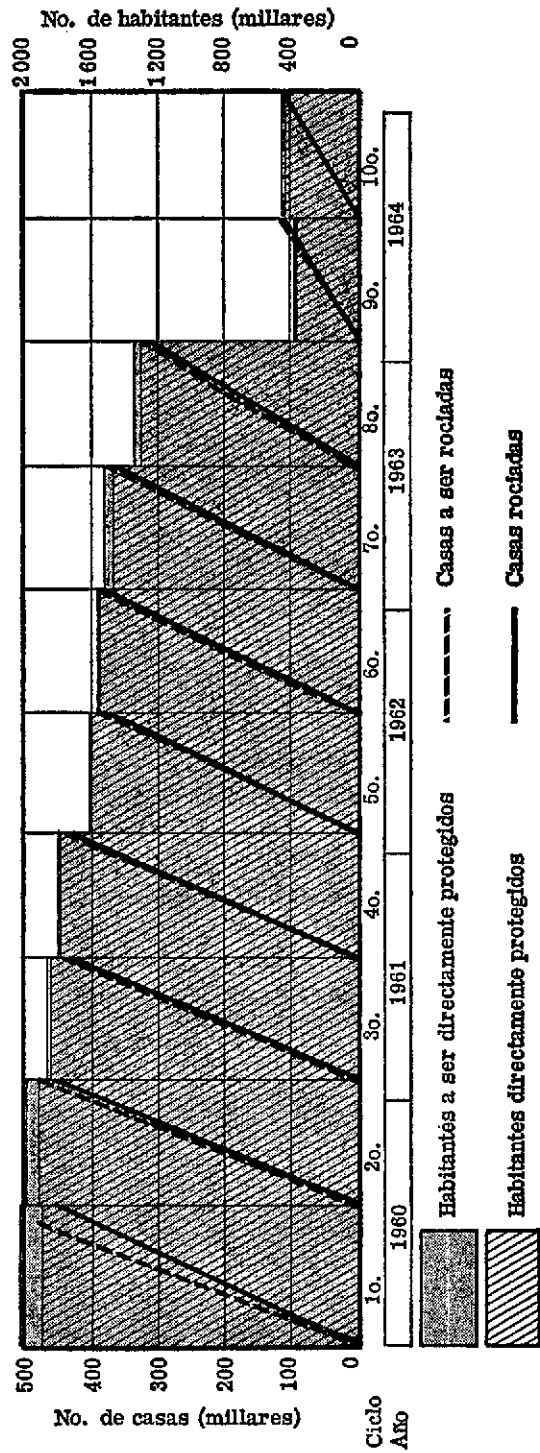
## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	59	156	25	240
Vehículos (2 ruedas)	-	-	1	1
Embarcaciones	5	6	-	11
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	2	2
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>162</b>	<b>28</b>	<b>254</b>

BRASIL (Sao Paulo) (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Ciclo DDT	Casas rociadas		Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gr. técnico) DDT	Promedio de casas por rociador por día
			Planeado	Rociadas	Planeado	Protegidos		
1o.	Ene. 60-Ene. 61	1o.	481 533	455 219	2 002 214	1 892 879	483	8.4
		2o.	475 121	458 926	1 992 182	1 924 405	404	9.8
2o.	Feb. 61-Ene. 62	3o.	441 104	436 048	1 870 722	1 849 398	416	9.4
		4o.	436 057	431 473	1 807 892	1 789 051	412	9.7
3o.	Feb. 62-Ene. 63	5o.	381 254	380 823	1 605 079	1 602 444	419	9.7
		6o.	385 555	383 717	1 558 413	1 550 975	420	9.8
4o.	Feb. 63-Ene. 64	7o.	378 922	366 817	1 525 540	1 477 021	424	9.7
		8o.	324 556	316 221	1 346 907	1 312 405	433	9.5
5o.	Feb. 64-Ene. 65	9o.	113 293	110 114	379 362	368 721	444	8.1
		10o.	113 257	109 480	449 981	434 974	440	8.3



## BRASIL (São Paulo) (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

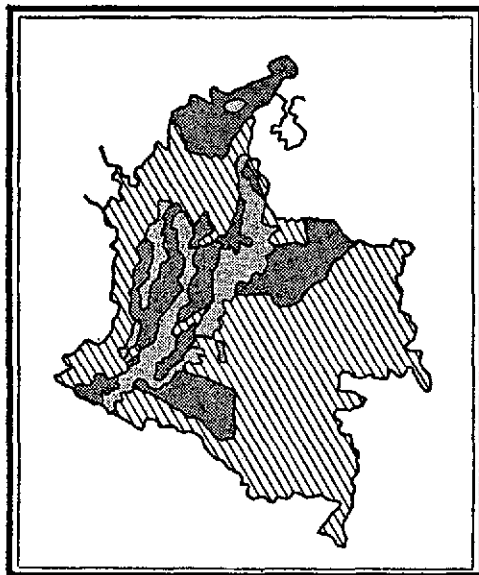
Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
1o.	Ene. 60-Ene. 61	124 525	9 078	7.29	72	9 005	1
2o.	Feb. 61-Ene. 62	219 841	7 082	3.22	262	6 817	3
3o. a	Feb. 62-Ene. 63	381 413	3 314	0.87	228	3 082	4
4o. a	Feb. 63-Feb. 64	419 401	2 267	0.54	433	1 833	1
5o. a	Mar. 64-Ene. 65	484 503	1 664	0.34	314	1 350	0

(a) Cifras para todo el Estado, no separadas por fases de ataque y consolidación.

Pafs: COLOMBIA

Cobertura total iniciada: 20 de septiembre de 1958

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>17 505</u>	<u>1 138 338</u>
Areas no maláricas	<u>7 936</u>	<u>192 116</u>
<b>Areas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>6 053</u>	<u>120 777</u>
Fase de Ataque	<u>3 154</u>	<u>427 281</u>
Fase Preparatoria	<u>362</u>	<u>398 164</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>9 569</u>	<u>946 222</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	3	703	706
Operaciones de evaluación	16	480	496
Administrativas y otras	4	231	235
Transporte	-	237	237
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>1 651</b>	<b>1 674</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

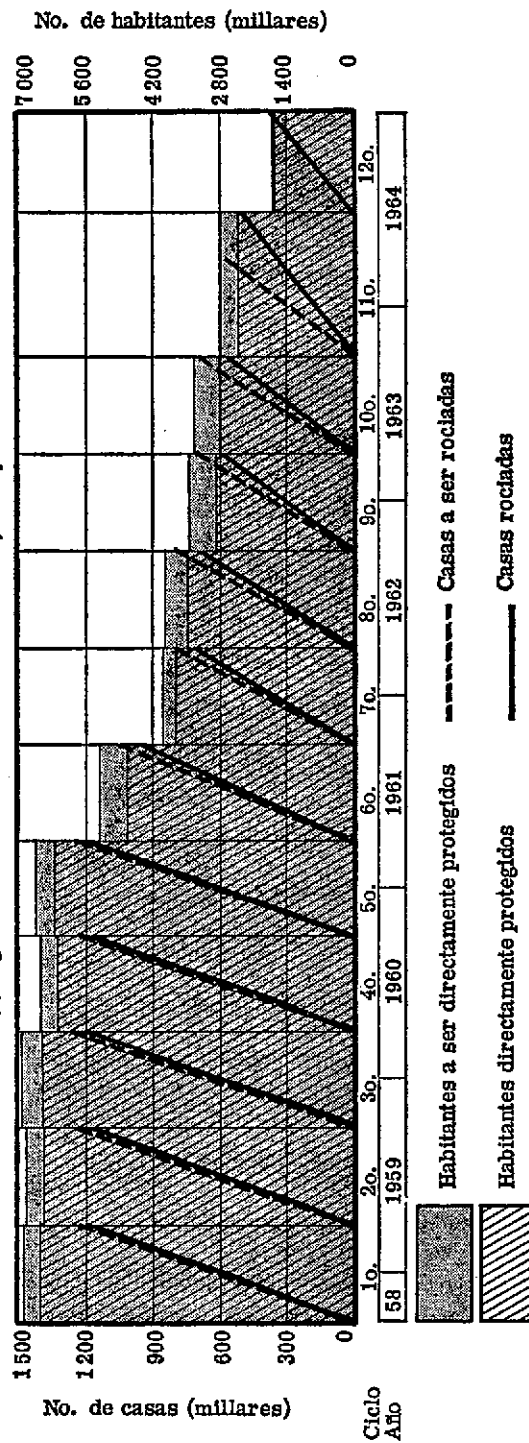
Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	106	88	124	318
Vehículos (2 ruedas)	-	79	-	79
Embarcaciones	38	42	73	153
Animales	457	215	195	867
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>601</b>	<b>424</b>	<b>392</b>	<b>1 417</b>

COLOMBIA (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO.

Año de cobertura total	Fecha	Ciclo DDT	Casas rociadas		Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa. (gr. técnico) DDT	Promedio de casas por rociador por día
			Planeado	Rociadas	Planeado	Protegidos		
1o.	Oct. 58-Sep. 59	1o.	1 235 473	1 181 235	6 900 118	6 597 002	466	6.6
		2o.	1 240 810	1 176 392	6 848 030	6 492 119	425	8.9
2o.	Oct. 59-Sep. 60	3o.	1 273 295	1 196 930	6 915 265	6 500 325	409	9.4
		4o.	1 228 550	1 162 059	6 559 771	6 201 358	309	8.7
3o.	Oct. 60-Sep. 61	5o.	1 253 594	1 181 557	6 642 794	6 261 680	394	9.7
		6o.	1 050 556	945 501a	5 320 016	4 788 305	402	9.3
4o.	Oct. 61-Sep. 62	7o.	796 056	738 459 a	3 997 793	3 708 400	408	8.9
		8o.	789 399	693 315 a	3 928 049	3 449 630	421	8.8
5o.	Oct. 62-Sep. 63	9o.	701 762	586 740 b	3 440 739	2 876 514	435	8.4
		10o.	690 726	576 540 b	3 363 145	2 806 950	459	7.9
6o.	Oct. 63-Dic. 64	11o.	582 580	508 501 b	2 801 627	2 445 856	437	7.9
		12o.	365 843	362 793	1 710 645	1 696 396	602	6.0

(a) Algunas casas se rociaron en ciclos anuales. (b) Algunas casas se rociaron en ciclos de uno, tres y cuatro rociamientos al año.



COLOMBIA (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
1o.	Oct. 58-Sep. 59	205 343	2 626	1.28	731	1 877	18
2o.	Oct. 59-Sep. 60	542 570	8 529	1.57	3 564	4 923	42
3o.	Oct. 60-Sep. 61	515 395	14 591	2.83	8 730	5 822	39
4o.	Oct. 61-Sep. 62	640 720	17 623	2.75	9 873	7 716	34
5o.	Oct. 62-Sep. 63	519 600	18 380	3.54	9 809	8 545	26
6o.	Oct. 63-Dic. 64	390 362	16 136	4.13	9 283	6 826	27

## AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

Fecha	Año	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección				Especie de parásitos								
						Autóctonos	Recafdas	Importados del exterior	Importados de otras áreas dentro del país	Inducidos	Introducidos	No clasificados y no investigados	P. falciparum	P. vivax	P. malariae			
1962	Trimestre																	
	2o.	3 027	16 345	2.2	14	1	-	-	10	1	-	-	2	-	11	3	-	-
	3o.	3 027	17 636	2.3	36	1	2	-	29	-	-	4	4	-	15	21	-	-
4o.	3 027	36 269	4.8	97	46	2	-	33	4	-	-	12	-	22	75	-	-	
1963	1o.	3 874	28 193	2.9	129	26	-	-	61	1	6	35	47	-	47	82	-	-
	2o.	3 874	26 694	2.8	85	6	-	-	52	5	-	22	39	-	39	46	-	-
	3o.	3 874	24 844	2.6	89	4	-	-	78	-	-	7	43	-	43	46	-	-
	4o.	5 305	41 083	3.1	147	47	1	-	88	1	1	9	59	-	59	88	-	-
1964	1o.	6 053	41 501	2.7	257	30	-	1	197	-	5	24	146	-	146	111	-	-
	2o.	6 053	40 571	2.7	226	25	-	-	165	-	5	31	94	-	94	132	-	-
	3o.	6 053	50 135	3.3	356	39	-	-	240	-	9	68	186	-	186	170	-	-
	4o.	6 053	46 072	3.0	375	130	-	-	172	-	8	65	209	-	209	165	-	1



País: COSTA RICA

Cobertura total iniciada: 15 de julio de 1957

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>1 387</u>	<u>51 011</u>
Areas no maláricas	<u>964</u>	<u>19 485</u>
<b>Areas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>294</u>	<u>23 281</u>
Fase de Ataque	<u>129</u>	<u>8 245</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>423</u>	<u>31 526</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	1	45	46
Operaciones de evaluación	2	89	91
Administrativas y otras	1	16	17
Transporte	-	11	11
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>161</b>	<b>165</b>

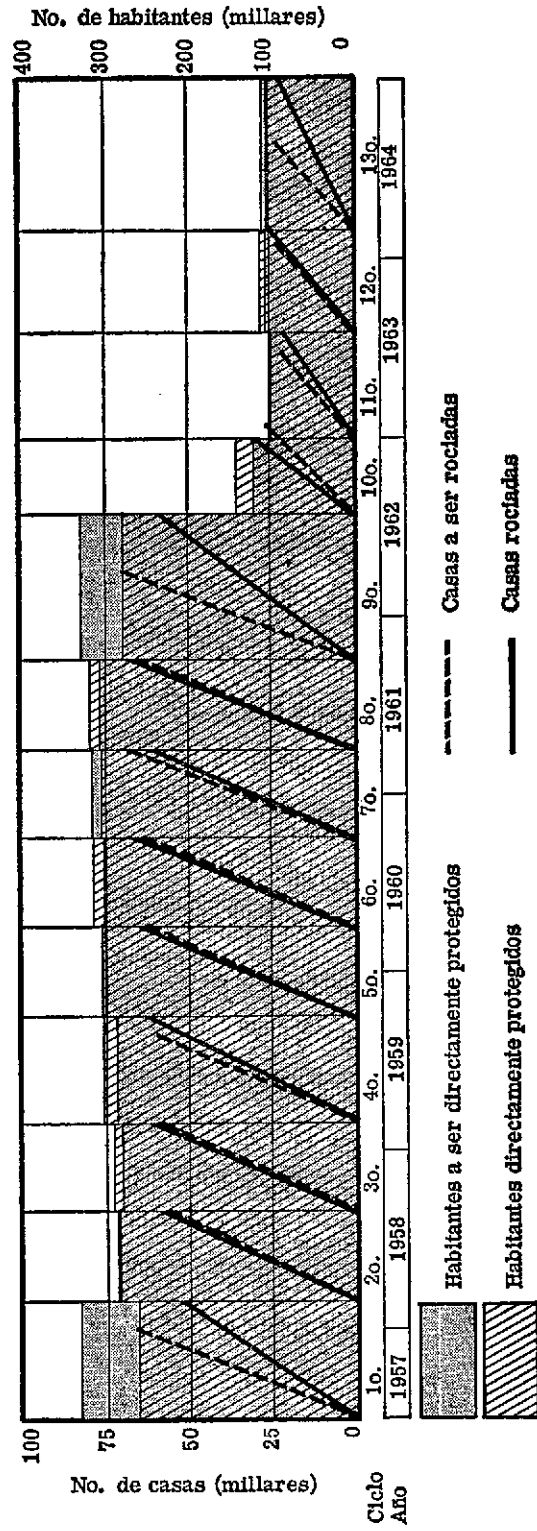
## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	8	14	4	26
Vehículos (2 ruedas)	-	80	-	80
Embarcaciones	2	9	-	11
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>103</b>	<b>4</b>	<b>117</b>

COSTA RICA (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Ciclo DDT	Casas rociadas		Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gr. técnico) DDT	Promedio de casas por rociador por día
			Planeado	Rociadas	Planeado	Protegidos		
1o.	Jul. 57-Ago. 58	1o. 2o.	67 059 58 641	53 297 58 624	331 070 287 634	263 123 287 537	464 419	5.1 7.4
2o.	Sep. 58-Sep. 59	3o. 4o.	58 858 60 413	60 800 63 063	282 930 290 405	292 856 303 151	465 531	6.9 7.1
3o.	Oct. 59-Sep. 60	5o. 6o.	63 259 64 057	63 884 66 961	302 568 302 926	305 586 316 629	512 475	8.6 9.3
4o.	Oct. 60-Sep. 61	7o. 8o.	68 300 65 567	66 242 68 277	317 185 307 903	307 601 320 603	473 485	9.4 9.2
5o.	Oct. 61-Dic. 62	9o. 10o.	69 643 26 075	58 910 30 684	332 545 120 753	281 295 142 102	492 508	8.8 9.6
6o.	Ene. 63-Feb. 64	11o. 12o.	21 582 22 764	21 443 24 003	99 300 105 260	99 083 110 988	509 526	8.6 8.2
7o.	Mar. 64-Dic. 64	13o.	23 046	22 098	107 413	102 996	610	8.0



## COSTA RICA (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
1o.	Jul. 57-Ago. 58	24 773	1 786	7.21	115	1 661	10
2o.	Sep. 58-Sep. 59	52 697	2 222	4.22	135	2 081	6
3o.	Oct. 59-Sep. 60	66 721	1 980	2.96	91	1 888	1
4o.	Oct. 60-Sep. 61	81 977	1 830	2.23	32	1 798	-
5o.	Oct. 61-Dic. 62	155 909	1 779	1.14	6	1 772	1
6o.	Ene. 63-Feb. 64	137 749	912	0.66	7	905	-
7o.	Mar. 64-Dic. 64	34 666	511	1.47	-	511	-

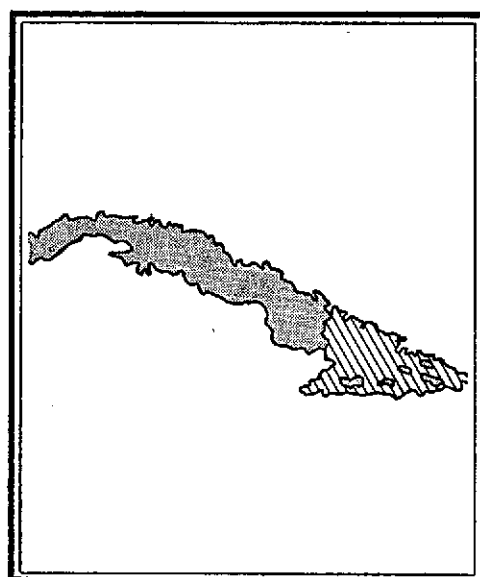
## AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

Año	Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección				Especie de parásitos							
						Autóctonos	Recafadas	Importados del exterior	de otras áreas dentro del país	Inducidos	Introducidos	No clasificados	P. falciparum	P. vivax	P. malariae		
1962	3o.	230	22 765	39.6	37	-	6	2	9	-	-	17	3	-	-	37	-
	4o.	230	29 829	51.9	64	-	9	2	3	-	-	34	16	-	-	64	-
1963	1o.	255	35 311	55.4	62	33	13	-	-	-	-	8	8	-	-	62	-
	2o.	255	35 946	56.4	59	40	11	-	4	-	-	-	4	-	-	59	-
	3o.	255	26 855	42.1	135	101	11	-	3	-	-	-	20	-	-	135	-
	4o.	262	35 233	53.8	115	70	10	-	-	-	-	2	33	-	-	115	-
1964	1o.	263	23 761	36.1	93	41	7	-	4	-	-	-	41	-	-	93	-
	2o.	263	15 471	23.5	34	30	2	-	-	-	-	-	2	-	-	34	-
	3o.	283	19 262	27.2	192	116	10	2	12	-	-	1	51	4	-	188	-
	4o.	294	16 851	22.9	327	184	-	-	-	-	-	-	163	6	-	321	-

País: CUBA

Cobertura total iniciada: 1o. de enero de 1962

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Área km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>7 256</u>	<u>114 524</u>
Áreas no maláricas	<u>5 017</u>	<u>77 022</u>
<b>Áreas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Ataque	<u>2 239</u>	<u>37 502</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>2 239</u>	<u>37 502</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	1	514	515
Operaciones de evaluación	8	34	42
Administrativas y otras	-	28	28
Transporte	-	13	13
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>589</b>	<b>598</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

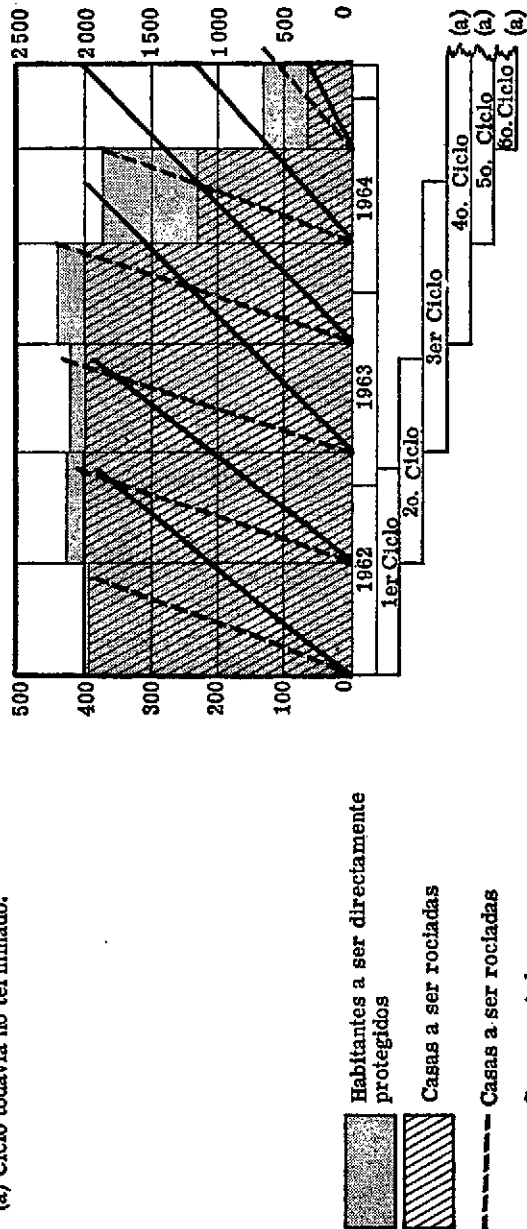
Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	65	10	4	79
Vehículos (2 ruedas)	-	-	-	-
Embarcaciones	-	-	-	-
Animales	150	8	-	158
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>215</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>237</b>

CUBA (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Ciclo DDT	Casas rociadas		Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gr. técnico) DDT	Promedio de casas por rociador por día
			Planeado	Rociadas	Planeado	Protegidos		
1o.	Ene. 62-Ene. 63	1o.	391 155	385 020	2 007 000	1 975 528	210	9.7
	Jul. 62-Ago. 63	2o.	411 773	389 914	2 125 572	2 012 831	209	10.0
2o.	Mar. 63-Jul. 64	3o.	432 891	398 940	2 110 456	1 944 936	222	9.1
	Oct. 63-Feb. 65	4o. <sup>a</sup>	440 285	402 792	2 201 425	2 013 975	271	8.5
3o.	Abr. 64-Feb. 65	5o. <sup>a</sup>	375 203	230 382	1 876 015	1 151 930	246	8.6
	Oct. 64-Feb. 65	6o. <sup>a</sup>	127 673	65 570	651 132	334 045	222	8.6

(a) Ciclo todavía no terminado.



CUBA (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

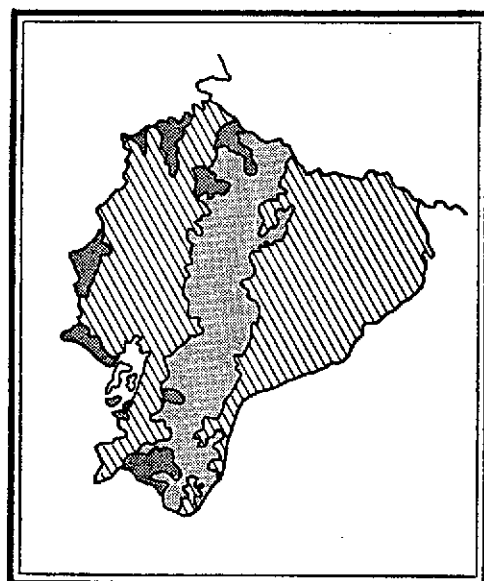
Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
(a)	Ene. 60-Dic. 60	28 791	1 325	4.60	197	1 128	-
(a)	Ene. 61-Dic. 61	91 181	3 230	3.54	128	3 102	-
1o.	Ene. 62-Dic. 62	100 247	3 515	3.51	31	3 484	-
2o.	Ene. 63-Dic. 63	126 334	833	0.66	6	827	-
3o.	Ene. 64-Dic. 64	276 470	624	0.23	-	623	1

(a) Encuesta pre-erradicación.

Pafs: ECUADOR

Cobertura total iniciada: 28 de marzo de 1957

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>4 813</u>	<u>291 906</u>
Areas no maláricas	<u>2 161</u>	<u>116 444</u>
<b>Areas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>1 053</u>	<u>19 198</u>
Fase de Ataque	<u>1 599</u>	<u>156 264</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>2 652</u>	<u>175 462</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No-profesionales	Total
Operaciones de rociado	6	564	570
Operaciones de evaluación	11	150	161
Administrativas y otras	3	102	105
Transporte	-	74	74
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>890</b>	<b>910</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

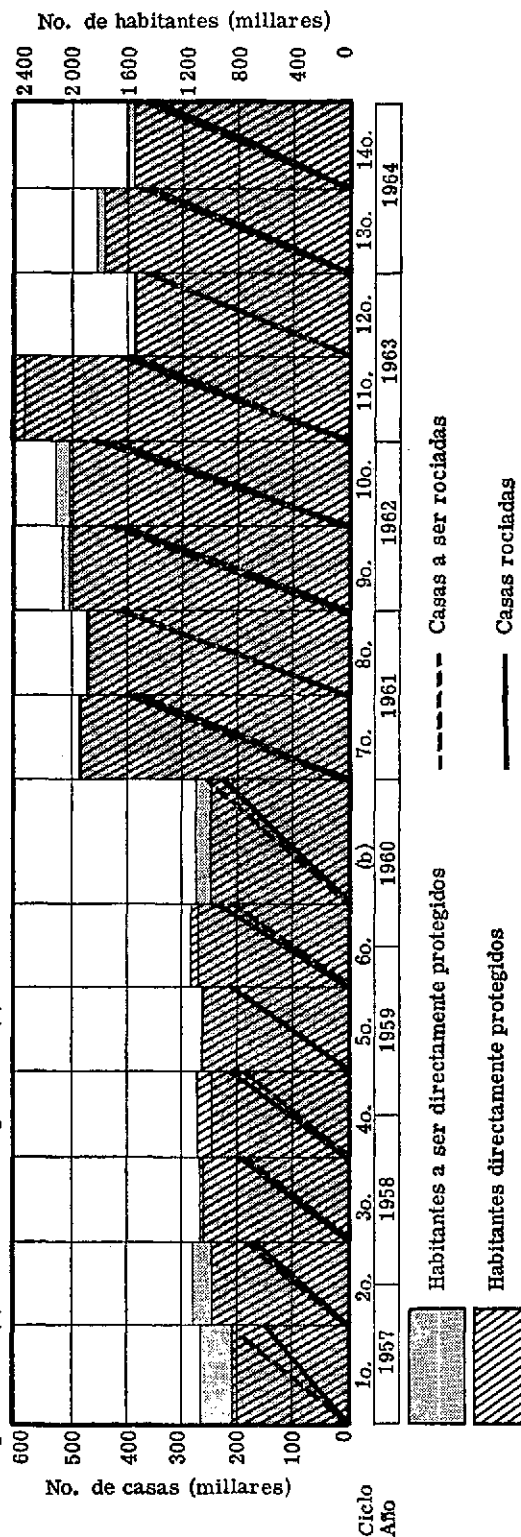
Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	67	25	11	103
Vehículos (2 ruedas)	-	38	2	40
Embarcaciones	29	8	-	37
Animales	294	32	-	326
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>103</b>	<b>13</b>	<b>506</b>

ECUADOR (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas						Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador por día
		DDT		Rociadas		Dieldrín		Planeado	Protegidos	DDT	Dieldrín	
		Ciclo	Planeado	Rociadas	Ciclo	Planeado	Rociadas					
1o.	Mar. 57-Mar. 58	1o. + 2o.	42 418	63 284	1o.	244 304	257 697	1 587 866	1 777 566	590	114	8.0
2o.	Abr. 58-Mar. 59	3o.	48 104	50 089	2o.	280 832	144 069	1 047 229	1 078 629	490	123.5	6.9
		4o.	48 391	83 018			127 348	980 474	1 092 450	436	169	8.5
3o.	Abr. 59-Mar. 60	5o.	76 577	72 370	3o. a	260 539	135 187	949 386	952 664	399	119	9.3
		6o.	76 577	97 790 a			136 542 a	995 761	1 128 111	403	122	8.8
(b)	Abr. 60-Dic. 60	(b)	251 768	227 411	-	-	-	1 016 387	918 151	424	-	8.9
4o.	Ene. 61-Dic. 61	7o.	403 989	394 246	-	-	-	1 954 095	1 907 065	446	-	8.4
		8o.	413 951	412 008	-	-	-	1 897 137	1 888 183	502	-	8.5
5o.	Ene. 62-Dic. 62	9o.	438 027	428 269	-	-	-	2 069 240	2 023 087	529	-	8.4
		10o.	448 716	428 329	-	-	-	2 119 734	2 023 430 c	557	-	8.2
6o.	Ene. 63-Dic. 63	11o.	400 362	409 722	-	-	-	2 360 935	2 416 436	581	-	8.2
		12o.	363 437	363 304	-	-	-	1 553 330	1 552 883	602	-	8.2
7o.	Ene. 64-Dic. 64	13o.	374 284	362 930	-	-	-	1 829 500	1 774 020	620	-	7.8
		14o.	367 377	357 206	-	-	-	1 606 760	1 562 305	630	-	7.9

(a) Ciclo suspendido. (b) Rociado de emergencia. (c) Estimado.





ECUADOR (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas				Especies encontradas			
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje					
1o.	Mar. 57-Mar. 58	47 993	2 258	4.70	1 169	1 086	3		
2o.	Abr. 58-Mar. 59	69 085	4 802	6.95	2 361	2 437	4		
3o.	Abr. 59-Mar. 60	108 041	6 291	5.82	2 454	3 833	4		
(a)	Abr. 60-Dic. 60	92 510	7 692	8.31	2 761	4 912	19		
4o.	Ene. 61-Dic. 61	213 169	9 733	4.57	1 489	8 243	1		
5o.	Ene. 62-Dic. 62	269 004	5 531	2.06	658	4 868	5		
6o.	Ene. 63-Dic. 63	199 673	3 760	1.88	231	3 510	19		
7o.	Ene. 64-Dic. 64	174 203	4 246	2.44	251	3 994	1		

## AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

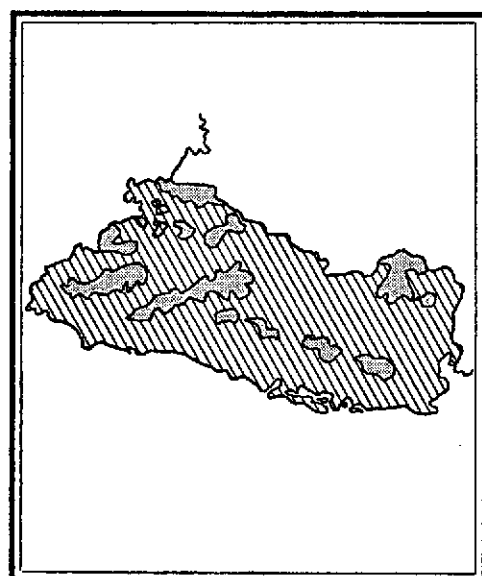
Año	Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección				Especie de parásitos						
						Autóctonos	Recaídas	Importados del exterior	de otras áreas dentro del país	Inducidos	Introducidos	No clasificados y no Investigados	P. falciparum	P. vivax	P. malariae	
1963	1o.	625	17 734	11.3	6	-	-	-	6	-	-	-	-	5	1	-
	2o.	625	19 286	12.3	15	-	-	-	15	-	-	-	-	14	-	-
	3o.	806	25 488	12.6	29	-	-	-	29	-	-	-	-	28	-	-
	4o.	927	24 270	9.6	47	-	-	-	39	-	-	8	-	43	-	-
1964	1o.	927	23 820	10.3	51	-	1	-	20	-	31	-	4	47	-	-
	2o.	938	39 275	16.7	118	1	1	-	58	-	56	-	7	111	-	-
	3o.	1 016	41 398	16.3	129	32	2	-	65	-	23	-	1	128	-	-
	4o.	1 053	36 004	13.7	84	3	-	-	55	-	26	-	1	83	-	-

(a) Rociado de emergencia.

Pafs: EL SALVADOR

Cobertura total iniciada: 1o. de julio de 1956

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>2828</u>	<u>21 146</u>
Areas no maláricas	<u>928</u>	<u>1 846</u>
<b>Areas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Ataque	<u>1 900</u>	<u>19 300</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>1 900</u>	<u>19 300</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	1	2	3
Operaciones de evaluación	7	209	216
Administrativas y otras	3	35	38
Transporte	-	41	41
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>287</b>	<b>298</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

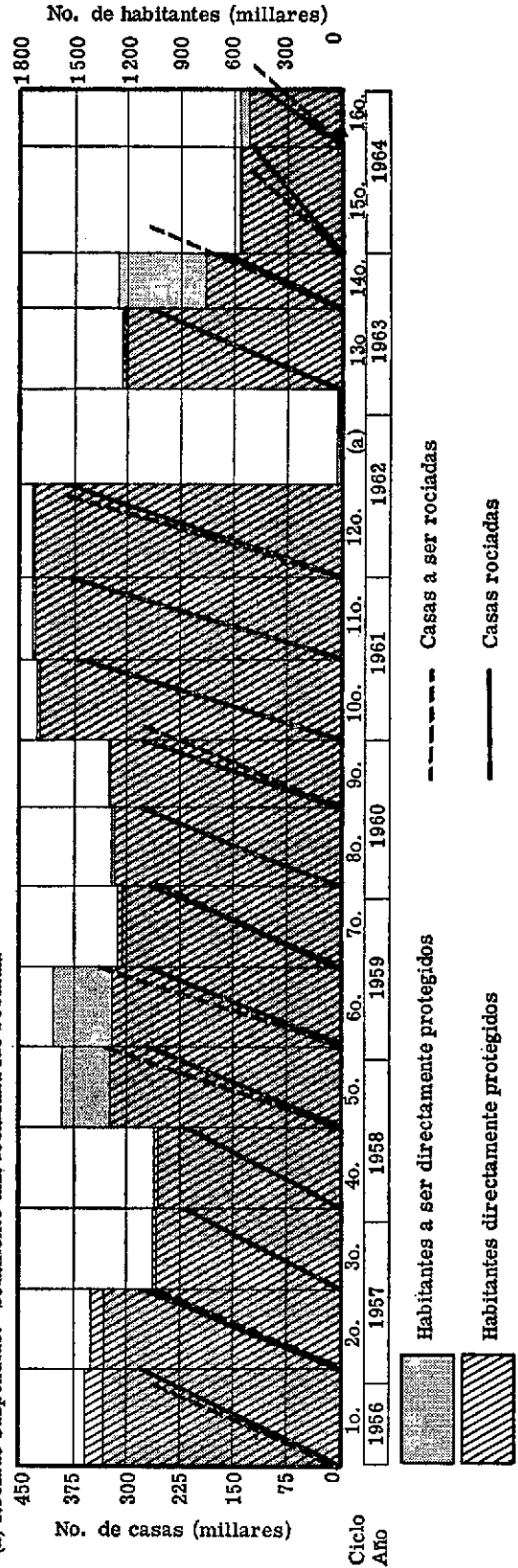
Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehculos (4 ruedas)	17	11	44	72
Vehculos (2 ruedas)	-	-	49	49
Embarcaciones	1	-	-	1
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>93</b>	<b>122</b>

EL SALVADOR (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas						Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador por día
		DDT		Ciclo	Dieldrín		Planeado	Protegidos	DDT	Dieldrín		
		Planeado	Rociadas		Planeado	Rociadas						
1o.	Jul. 56-Jul. 57	177 035	260 035	1o.	88 788	21 699	1 330 975	1 440 038	454	158	8.5	
		177 035	173 537	1o.	88 788	107 140	1 329 115	1 405 530	621		8.8	
2o.	Ago. 57-Jul. 58	105 983	126 329	2o.	111 620	93 931	1 044 500	1 057 339	489	162	9.4	
		111 613	111 726	2o.	104 983	108 797	1 026 448	1 045 164	450		9.3	
3o.	Ago. 58-Jul. 59	331 975	273 788	-	-	-	1 575 885	1 299 671	493	-	8.6	
		341 277	270 719	-	-	-	1 620 050	1 285 197	527		8.9	
4o.	Ago. 59-Jul. 60	261 102	265 361	-	-	-	1 237 362	1 257 537	573	-	7.7	
		278 991	276 050	-	-	-	1 288 775	1 277 428	545		7.7	
5o.	Ago. 60-Jun. 61	281 430	279 481	-	-	-	1 306 400	1 297 262	528	-	7.6	
		368 841	371 715	-	-	-	1 700 000	1 713 252	528		8.9	
6o.	Jul. 61-Jul. 62	380 283	377 551	-	-	-	1 748 922	1 736 431	546	-	9.2	
		387 944	386 094	-	-	-	1 742 645	1 734 366	562		9.5	
(a)	Ago. 62-Feb. 63	3 901	3 816	-	-	-	20 117	19 680	809	-	6.7	
7o.	Mar. 63-Dic. 63	267 239	270 703	-	-	-	1 206 851	1 222 430	559	-	9.3	
		273 344	165 666	-	-	-	1 255 742	761 151	506		9.3	
8o.	Ene. 64-Nov. 64	127 000	125 854	-	-	-	581 745	576 496	536	-	8.4	
		125 806	114 441	-	-	-	577 568	525 392	533		9.4	

(a) Rociado suspendido. Solamente una localidad fue rociada.



## EL SALVADOR (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

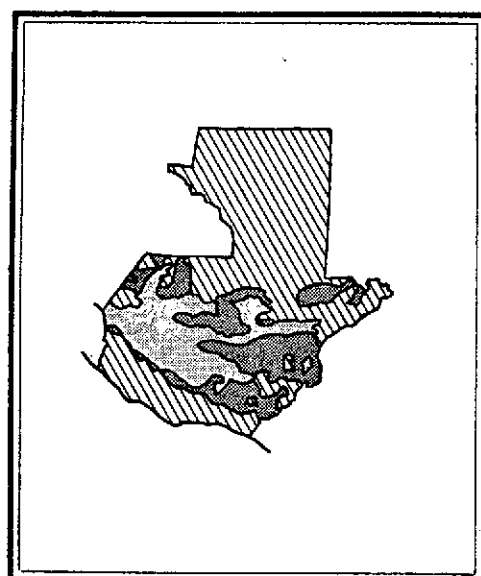
Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
1o.	Jul. 56-Jul. 57	11 829	2 284	19.31	774	1 510	-
2o.	Ago. 57-Jul. 58	42 216	9 108	21.57	4 212	4 891	5
3o.	Ago. 58-Jul. 59	59 463	13 520	22.74	4 384	9 136	-
4o.	Ago. 59-Jul. 60	75 177	12 627	16.80	3 061	9 566	-
5o.	Ago. 60-Jun. 61	75 053	10 791	14.38	3 168	7 620	3
6o.	Jul. 61-Jun. 62	145 501	12 004	8.25	2 343	9 655	6
(a)	Jul. 62-Feb. 63	163 331	14 104	8.63	2 581	11 520	3
7o.	Mar. 63-Dic. 63	215 105	14 949	6.95	1 295	13 652	2
8o.	Ene. 64-Nov. 64	328 332	24 491	7.46	2 441	22 049	1

(a) Rociado suspendido por razones económicas.

País: GUATEMALA

Cobertura total iniciada: 1o. de agosto de 1956

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>4 278</u>	<u>108 889</u>
Areas no maláricas	<u>2 359</u>	<u>28 539</u>
<b>Areas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>1 057</u>	<u>19 282</u>
Fase de Ataque	<u>862</u>	<u>61 068</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>1 919</u>	<u>80 350</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	1	334	335
Operaciones de evaluación	4	140	144
Administrativas y otras	2	34	36
Transporte	-	30	30
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>538</b>	<b>545</b>

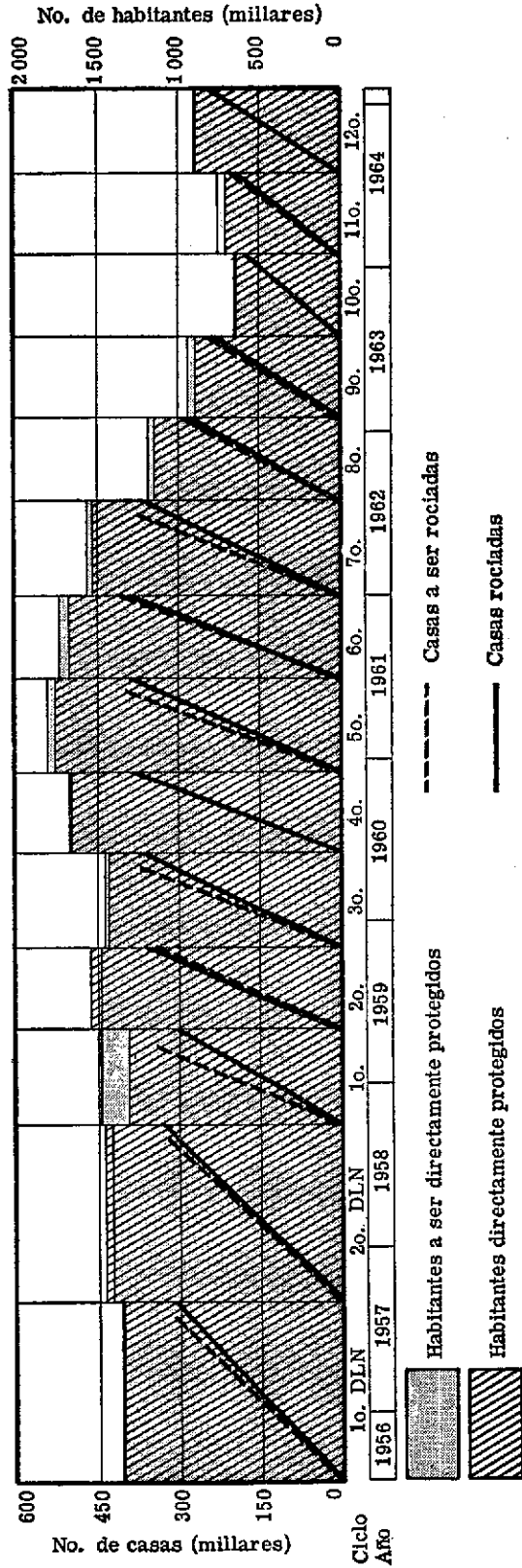
## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	33	13	33	79
Vehículos (2 ruedas)	-	23	68	91
Embarcaciones	8	2	-	10
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>38</b>	<b>101</b>	<b>180</b>

GUATEMALA (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas						Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador por día
		DDT		Ciclo		Dieldrín		Planeado	Protegidos	DDT	Dieldrín	
		Planeado	Rociadas	Ciclo	Planeado	Rociadas						
1o.	Ago. 56-Ago. 57	-	-	1o.	308 097	306 306	1 361 175	1 353 121	-	117	8.4	
2o.	Sep. 57-Sep. 58	-	-	2o.	321 975	331 090	1 422 165	1 462 510	-	117	8.5	
3o.	Oct. 58-Oct. 59	341 000	301 329	-	-	-	1 482 670	1 310 317	427	-	8.8	
4o.	Nov. 59-Nov. 60	342 586	357 104	-	-	-	1 481 342	1 544 144	542	-	7.5	
5o.	Nov. 59-Nov. 60	373 641	368 269	-	-	-	1 460 936	1 439 781	541	-	7.1	
6o.	Dic. 60-Dic. 61	377 381	378 636	-	-	-	1 654 816	1 660 207	560	-	8.1	
7o.	Ene. 62-Ene. 63	396 588	386 737	-	-	-	1 815 183	1 769 971	588	-	7.8	
8o.	Feb. 63-Ene. 64	406 807	393 090	-	-	-	1 737 473	1 678 906	557	-	7.9	
9o.	Feb. 63-Ene. 64	375 000	368 135	-	-	-	1 562 625	1 534 089	553	-	7.5	
10o.	Feb. 63-Ene. 64	291 490	280 687	-	-	-	1 185 781	1 141 867	589	-	7.5	
11o.	Feb. 64-Ene. 65	243 511	231 824	-	-	-	949 936	904 382	537	-	7.6	
12o.	Feb. 64-Ene. 65	175 000	171 061	-	-	-	642 950	628 563	502	-	8.0	
		205 686	193 780	-	-	-	748 945	705 594	510	-	8.1	
		239 819	236 069	-	-	-	905 667	891 507	506	-	8.0	



## GUATEMALA (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total a/	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
1o.	Ago. 56-Ago. 57	22 965	5 116	22.28	1 255	3 858	3
2o.	Sep. 57-Sep. 58	47 945	10 084	21.03	3 909	6 174	1
3o.	Oct. 58-Oct. 59	124 519	13 034	10.47	3 734	9 300	-
4o.	Nov. 59-Nov. 60	126 667	3 367	2.66	400	2 967	-
5o.	Dic. 60-Dic. 61	230 702	4 356	1.89	865	3 485	6
6o.	Ene. 62-Dic. 62	275 003	5 763	2.10	1 539	4 224	20
7o.	Ene. 63-Dic. 63	216 717	12 270	5.66	4 660	7 565	45
8o.	Ene. 64-Dic. 64	167 261	17 241	10.31	4 293	12 914	34

## AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

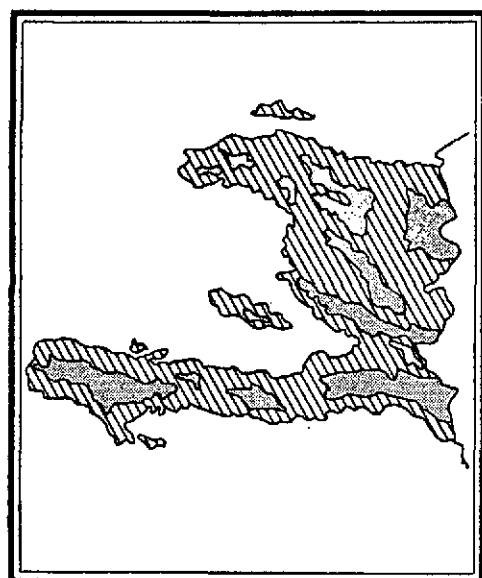
Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección				Especie de parásitos				
					Autóctonos	Recaldas	Importados del exterior	de otras áreas dentro del país	Inducidos	Introducidos	No clasificados y no Investigados	P. falciparum	P. vivax
1962	1o.	175	6.5	2	-	-	2	-	-	-	1	1	-
	2o.	175	12.5	1	-	1	1	-	-	-	1	-	-
	3o.	498	16.6	93	-	-	26	66	-	-	18	75	-
	4o.	581	13.7	117	-	-	71	45	-	-	42	75	-
1963	1o.	890	9.4	297	-	-	144	151	-	-	68	229	-
	2o.	890	11.5	413	17	18	168	208	2	-	117	294	2
	3o.	1 234	13.1	1 082	89	64	169	760	-	-	359	723	-
	4o.	1 234	14.7	1 054	72	58	73	851	-	-	353	699	2
1964	1o.	1 009	10.7	454	64	122	-	134	-	-	67	385	2
	2o.	1 025	11.1	790	49	157	-	250	-	1	110	678	2
	3o.	1 025	11.9	941	-	-	-	941	-	-	180	759	2
	4o.	1 057	13.6	975	41b	56b	-	127b	-	-	353	622	-

(a) Desde 1962 la información se refiere a años calendario. (b) Información incompleta.

Pafs: HAITI

Cobertura total iniciada: 1o. de enero de 1962

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>4 494</u>	<u>27 750</u>
Areas no maláricas	<u>961</u>	<u>8 650</u>
<b>Areas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Ataque	<u>3 533</u>	<u>19 100</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>3 533</u>	<u>19 100</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	6	655	661
Operaciones de evaluación	10	187	197
Administrativas y otras	1	108	109
Transporte	-	70	70
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>1 020</b>	<b>1 037</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

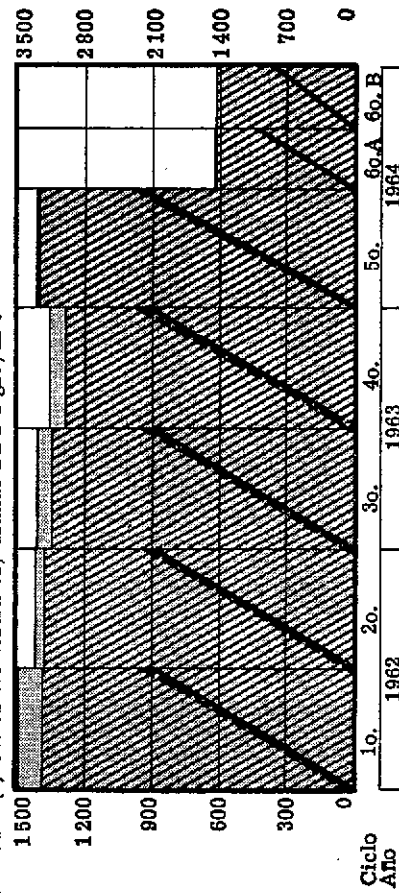
Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	46	29	34	109
Vehículos (2 ruedas)	-	-	2	2
Embarcaciones	1	-	-	1
Animales	16	-	-	16
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>29</b>	<b>36</b>	<b>128</b>



HAITI (Cont.)

## OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Ciclo DDT	Casas rociadas		Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gr. técnico) DDT	Promedio de casas por rociador por día
			Planeado	Rociadas	Planeado	Protegidos		
1o.	Ene. 62-Dic. 62	1o.	952 301	885 549 <sup>a</sup>	3 490 183	3 245 821	220	14.3
		2o.	929 415	906 846	3 311 505	3 231 438	196	16.6
2o.	Ene. 63-Dic. 63	3o.	940 397	902 687	3 297 032	3 165 209	217	15.4
		4o.	964 942	914 340	3 186 238	3 019 259	235	16.2
3o.	Ene. 64-Dic. 64	5o.	984 853	974 136	3 317 674	3 281 609	243	16.1
		6o. A <sup>b</sup>	457 066	454 029	1 459 549	1 448 893	127	16.8
		6o. B <sup>b</sup>	465 260	455 353	1 446 450	1 446 458	122	17.5

(a) 10 016 casas se rociaron con dieldrín. (b) Ciclos trimestrales, usando DDT 1 gr./m<sup>2</sup>.

Habitantes a ser directamente protegidos  
 Casas a ser rociadas  
 Habitantes directamente protegidos  
 Casas rociadas

HAITI (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
1o.	Ene. 62-Dic. 62	111 142	4 033	3.63	3 441	20	572
2o.	Ene. 63-Dic. 63	386 657	6 662	1.72	5 464	12	1 186
3o.	Ene. 64-Dic. 64	473 297	19 170	4.05	18 422	24	724

Pafs: HONDURAS

Cobertura total iniciada: 15 de julio de 1959

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	-	113	113
Operaciones de evaluación	4	117	121
Administrativas y otras	1	50	51
Transporte	-	40	40
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>320</b>	<b>325</b>

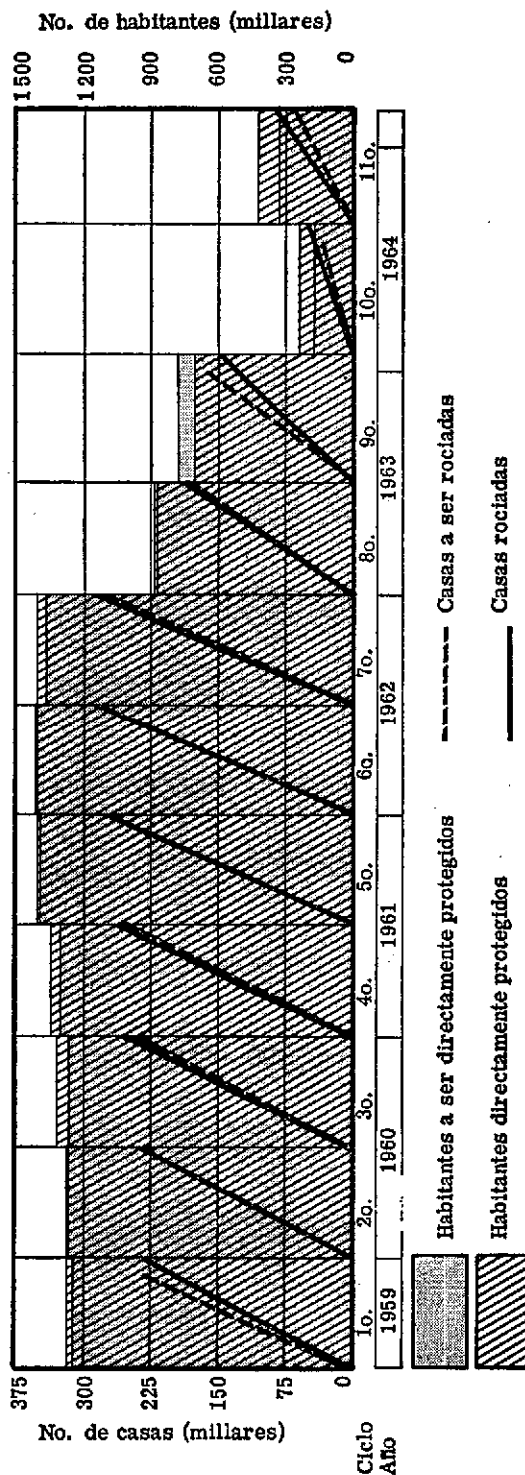
## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	20	15	39	74
Vehículos (2 ruedas)	-	70	-	70
Embarcaciones	-	-	1	1
Animales	-	117	40	157
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>202</b>	<b>80</b>	<b>302</b>

HONDURAS (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas										Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador por día
		DDT					Malatión					Planeado	Protegidos	DDT	Malatión	
		Ciclo	Planeado	Rociadas	Ciclo	Planeado	Rociadas	Planeado	Protegidos							
1o.	Jul. 59-Jun. 60	1o.	232 771	236 963	-	-	-	1 252 773	1 275 237	406	-	9.8				
		2o.	241 728	242 059	-	-	-	1 277 280	1 279 148	368	-	11.4				
2o.	Jul. 60-Jun. 61	3o.	245 572	254 689	-	-	-	1 274 028	1 321 450	369	-	11.8				
		4o.	258 519	265 825	-	-	-	1 314 052	1 351 212	419	-	10.9				
3o.	Jul. 61-Jun. 62	5o.	276 458	277 941	-	-	-	1 401 919	1 409 325	360	-	11.1				
		6o.	287 516	285 394	-	-	-	1 421 192	1 410 773	262	-	11.3				
4o.	Jul. 62-Jun. 63	7o.	282 186	290 056	-	-	-	1 376 785	1 415 286	373	-	11.1				
		8o.	187 905	191 321	-	-	-	877 892	893 861	377	-	11.0				
5o.	Jul. 63-Ago. 64	9o.	126 499	110 612	1o.	19 776	20 440	781 085	712 355	404	440	10.5				
		10o.	14 851	27 719	2o.	17 471	18 286	171 805	240 031	505	343	9.0				
6o.	Sep. 64-Feb. 65	11o.	21 502	37 818	3o.	21 499	23 066	328 950	425 513	567	550	8.4				
					4o.	23 274	23 614				411					
					5o.	22 039	24 997									



HONDURAS (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas				Especies encontradas			
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae		
			Número	Porcentaje					
1o.	Jul. 59-Jun. 60	82 673	6 575	7.95	2 925	3 649	1		
2o.	Jul. 60-Jun. 61	137 025	5 223	3.81	1 506	3 716	1		
3o.	Jul. 61-Jun. 62	180 209	3 679	1.93	481	3 198	-		
4o.	Jul. 62-Jun. 63	216 940	7 556	3.48	884	6 672	-		
5o. a	Jul. 63-Sep. 64	136 253	6 510	4.78	452	6 058	-		
6o. a	Oct. 64-Dic. 64	25 088	2 460	9.81	380	2 080	-		

## AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

Año	Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección				Especie de parásitos					
						Autóctonos	Recaf-das	Importados del exterior	de otras áreas dentro del país	Indu-cidos	Introdu-cidos	No cla-sificados y no Investi-gados	P. falciparum	P. vivax	P. malar-iae
1962	3o.	46	6 992	60.8	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-
	4o.	46	2 997	26.0	2	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-
1963	1o.	526	19 133	14.5	69	23	-	-	36	-	-	10	11	58	-
	2o.	526	19 790	15.0	41	12	6	-	21	-	-	2	3	38	-
	3o.	765	32 869	17.2	89	50	13	-	15	-	-	11	4	85	-
	4o.	941	23 702	10.1	157	92	32	1	12	-	-	20	1	156	-
1964	1o.		20 253	5.0	122	61	41	-	12	-	-	8	4	118	-
	2o.	1 631	29 169	7.2	161	84	49	-	18	-	-	10	-	161	-
	3o.		37 962	9.3	474	294	86	-	36	-	-	58	5	469	-
	4o.		44 330	10.9	524	272	82	-	77	-	-	93	28	496	-

(a) Este período no coincide con el año de cobertura total.

Pafs: JAMAICA

Cobertura total iniciada: 2 de enero de 1958

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	-	-	-
Operaciones de evaluación	2	103	105
Administrativas y otras	(1)	9	9 (1)
Transporte	-	-	-
<b>Total</b>	<b>2 (1)</b>	<b>112</b>	<b>114 (1)</b>

Personal a tiempo parcial en paréntesis

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	-	37	2 <sup>a</sup>	39
Vehículos (2 ruedas)	-	-	-	-
Embarcaciones	-	-	-	-
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>37</b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>39</b>

(a) Un vehículo se usa en la encuesta de Aedes aegypti



Pafs: MEXICO

Cobertura total iniciada: 2 de enero de 1957

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>39 494</u>	<u>1 969 367</u>
Areas no maláricas	<u>19 282</u>	<u>814 592</u>
Areas maláricas iniciales		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>12 740</u>	<u>539 731</u>
Fase de Ataque	<u>7 472</u>	<u>515 044</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>20 212</u>	<u>1 054 775</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	45	2 401	2 446
Operaciones de evaluación	84	904	988
Administrativas y otras	16	539	555
Transporte	-	126	126
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>3 970</b>	<b>4 115</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	458	317	25	800
Vehículos (2 ruedas)	-	-	-	-
Embarcaciones	2	7	-	9
Animales	1 970 <sup>a</sup>	424 <sup>a</sup>	-	2 394 <sup>a</sup>
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>2 430</b>	<b>748</b>	<b>25</b>	<b>3 203</b>

(a) Se rentan.

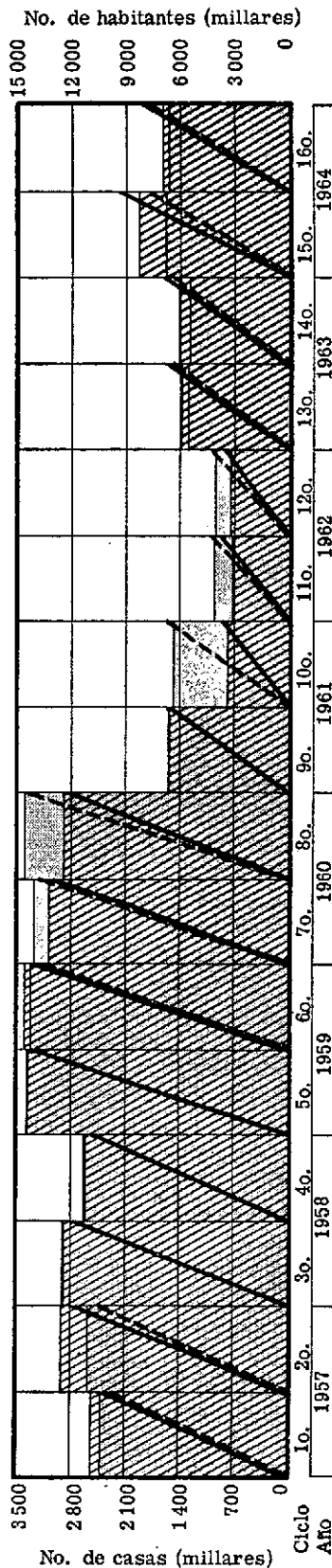


MEXICO (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas						Dielfrñ		Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador por día
		DDT		Ciclo	Rociadas	Ciclo		Planeado	Rociadas	Planeado	Protegidos	DDT	Dielfrñ	
		Ciclo	Planeado			Planeado	Rociadas							
1o.	Ene. 57-Dic. 57	2 292 841	2 143 023	1o.	219 662	(a)	10 464 526	10 802 292	495	99	9.3			
2o.	Ene. 58-Dic. 58	2 434 486	2 298 952	2o.	731 872	(a)	11 113 428	12 597 171	417	110	9.9			
3o.	Ene. 59-Dic. 59	2 060 985	2 103 570	3o.	666 929	3o.	12 545 513	12 531 599	402	113	10.3			
4o.	Ene. 60-Dic. 60	1 869 911	1 971 557	4o.	321 520	4o.	11 362 506	11 212 496	424	112	10.8			
5o.	Ene. 61-Dic. 61	2 973 820	3 050 952	5o.	160 136	5o.	14 492 905	14 505 650	434	118	10.4			
6o.	Ene. 62-Dic. 62	3 018 184	3 219 340	6o.	68 977	6o.	14 226 160	14 614 270	434	94	10.9			
7o.	Ene. 63-Dic. 63	3 177 380	3 027 089	7o.	1 000	7o.	14 163 856	13 301 924	369	83	11.1			
8o.	Ene. 64-Dic. 64	3 376 695	2 869 083	8o.	-	8o.	14 681 870	12 481 041	247	-	11.2			
9o.	Ene. 65-Dic. 65	1 575 106	1 582 503	9o.	-	9o.	6 571 342	6 602 052	356	-	10.5			
10o.	Ene. 66-Dic. 66	1 575 106	852 287	10o.	-	10o.	6 409 106	3 468 283	414	-	8.6			
11o.	Ene. 67-Dic. 67	1 036 386	783 060 b	11o.	-	11o.	4 151 927	3 135 873	514	-	8.9			
12o.	Ene. 68-Dic. 68	1 036 386	825 082	12o.	-	12o.	4 070 924	3 241 041	517	-	8.6			
13o.	Ene. 69-Dic. 69	1 477 793	1 551 297 c	13o.	-	13o.	5 686 547	5 969 838	512	-	8.7			
14o.	Ene. 70-Dic. 70	1 477 793	1 606 125 d	14o.	-	14o.	5 572 757	6 056 473	486	199 g	8.7			
15o.	Ene. 71-Dic. 71	1 808 906	2 190 136 e	15o.	-	15o.	6 869 682	8 317 653	476	249 g	8.7			
16o.	Ene. 72-Dic. 72	1 808 906	1 848 155 f	16o.	-	16o.	6 770 916	6 917 988	476	-	8.7			

(a) Incluidas en la columna de DDT. (b) Se incluyen 386 746 casas rociadas tres veces al año y 5 963 una vez al año. (c) Se incluyen 160 295 casas rociadas tres veces al año y 5 697 casas una vez al año. (d) Se incluyen 128 743 casas rociadas tres veces al año y 4 029 casas una vez al año. (e) Se incluyen 11 457 casas rociadas una vez al año, 732 900 tres veces al año y 51 423 casas, cuatro veces al año. (f) Se incluyen 3 907 casas rociadas una vez al año, 522 194 tres veces al año y 42 692 cuatro veces al año. (g) En casas usando un gramo DDT por m<sup>2</sup>.



Habitantes a ser directamente protegidos  
 Habitantes directamente protegidos  
 Casas a ser rociadas  
 Casas rociadas

OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
1o.	Ene.57-Dic. 57	175 080	4 387	2.51	514	3 856	17
2o.	Ene.58-Dic. 58	399 124	3 290	0.82	487	2 779	24
3o.	Ene.59-Dic. 59	815 038	3 202	0.39	443	2 705	54
4o.	Ene.60-Dic. 60	1 208 712	3 569	0.29	245	3 251	73
5o.	Ene.61-Dic. 61	828 360	8 735	1.05	337	8 283	115
6o.	Ene.62-Dic. 62	727 262	9 642 a	1.33	139 a	9 450 a	53 a
7o.	Ene.63-Dic. 63	710 448	12 906	1.82	279	12 581	46
8o.	Ene.64-Dic. 64	761 832	11 722	1.54	371	11 334	17

AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

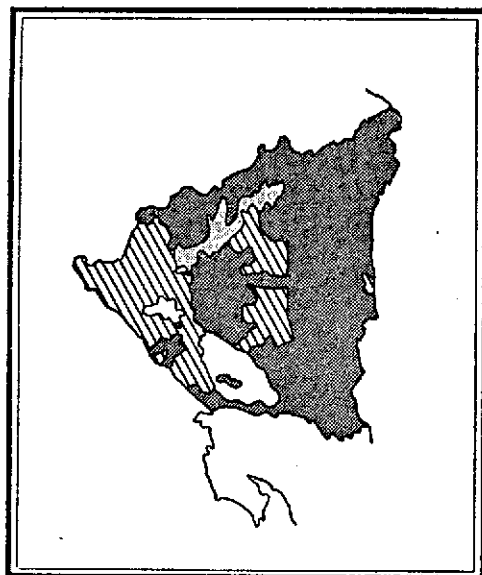
Año	Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección				Especie de parásitos						
						Autóctonos	Recaf-das	Importados del exterior	de otras áreas dentro del país	Indu-cidos	Introdu-cidos	No cla-sificados y no Investi-gados	p. falciparum	P. vivax	P. malar-iae	
1958	1-4	59	4 449	7.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1959	1-4	59	6 560	11.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1960	1-3	70	4 058	7.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1961	1-4	11 721	7 459 07	6.4	3 114	448	-	387	12	90	931	91	3 004	19	-	-
1962	1o.		241 563	6.2	456	97	-	174	-	17	34	17	438	1	-	-
	2o.		275 037	7.1	632	111	77	-	83	-	34	14	610	8	-	-
	3o.	15 592	303 124	7.7	1 458	209	111	1	151	2	176	8	1 447	3	-	-
	4o.		421 406	10.8	2 091	757	202	2	287	-	415	4	2 082	5	-	-
1963	1o.		218 815	5.2	303	47	39	1	82	1	14	1	298	4	-	-
	2o.		295 992	7.0	719	156	8	-	127	1	60	4	710	5	-	-
	3o.	16 830	291 242	6.9	1 604	668	12	-	170	2	252	29	1 568	7	-	-
	4o.		316 054	7.5	1 209	645	14	-	115	2	64	149	1 058	2	-	-
1964	1o.		196 755	6.2	298	165	36	1	87	3	6	7	291	-	-	-
	2o.	12 740	217 828	6.8	309	134	31	-	87	1	3	19	290	-	-	-
	3o.		223 695	7.0	521	229	11	1	153	-	-	17	500	4	-	-
	4o.		195 213	6.1	555	386	...	-	80	...	...	40	514	1	-	-

(a) Cifras revisadas.

Pafs: NICARAGUA

Cobertura total iniciada: 10 de noviembre de 1958

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>1 740</u>	<u>139 000</u>
Áreas no maláricas	<u>69</u>	<u>6 615</u>
<b>Áreas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>695</u>	<u>91 799</u>
Fase de Ataque	<u>976</u>	<u>40 586</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>1 671</u>	<u>132 385</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	-	126	126
Operaciones de evaluación	6	218	224
Administrativas y otras	2	38	40
Transporte	-	61	61
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>443</b>	<b>451</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

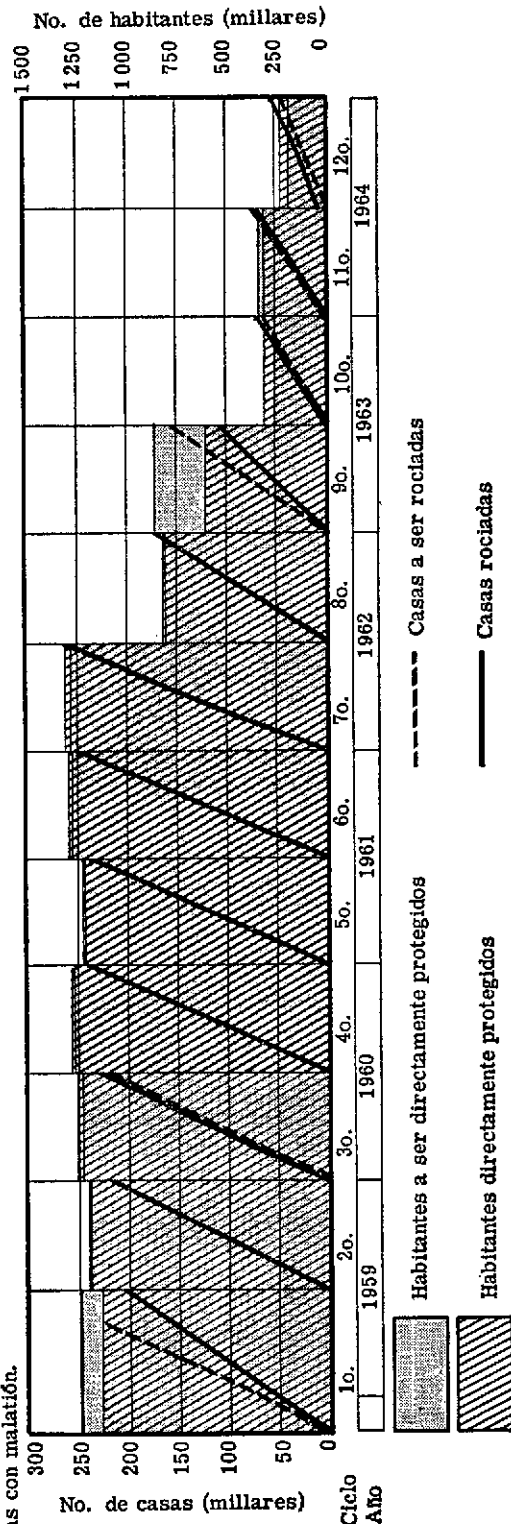
Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	21	39	3	63
Vehículos (2 ruedas)	-	-	-	-
Embarcaciones	-	11	-	11
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>50</b>	<b>3</b>	<b>74</b>

NICARAGUA (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Ciclo DDT	Casas rociadas		Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gr. técnico) DDT	Promedio de casas por rociador por día
			Planeado	Rociadas	Planeado	Protegidos		
1o.	Nov. 58-Dic. 59	1o. 2o.	223 220 218 312	205 930 218 645	1 244 452. 1 202 244	1 148 052 1 204 139	401 325	9.2 10.3
2o.	Ene. 60-Dic. 60	3o. 4o.	236 831 237 553	230 478 239 076	1 232 373 1 275 185	1 252 160 1 283 375	367 396	9.4 8.9
3o.	Ene. 61-Dic. 61	5o. 6o.	237 062 248 739	239 375 251 537 a	1 244 338 1 276 530	1 256 399 1 290 900	403 397	9.5 9.1
4o.	Ene. 62-Dic. 62	7o. 8o.	259 760 169 118	264 822 b 170 333 c	1 239 708 821 913	1 314 866 827 823	409 440	9.6 9.3
5o.	Ene. 63-Dic. 63	9o. 10o.	176 538 62 121	126 483 d 71 232 e	863 624 267 680	618 699 306 925	465 471	9.0 9.0
6o.	Ene. 64-Dic. 64	11o. 12o.	74 596 45 443	67 982 f 54 064 g	337 690 187 480	307 741 223 046	491 493	8.3 7.7

(a) Incluye 2 469 casas rociadas con malatión. (b) Incluye 5 079 casas rociadas con malatión. (c) Incluye 5 710 casas rociadas con malatión. (d) Incluye 11 460 casas rociadas con malatión. (e) Incluye 11 356 casas rociadas con malatión. (f) Incluye 12 098 casas rociadas con malatión. (g) Incluye 16 925 casas rociadas con malatión.



## NICARAGUA (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
1o.	Nov. 58-Dic. 59	38 966	1 875	4.81	619	1 256	-
2o.	Ene. 60-Dic. 60	74 074	7 528	10.16	4 217	3 311	-
3o.	Ene. 61-Dic. 61	109 293	8 722	7.98	3 001	5 721	-
4o.	Ene. 62-Dic. 62	162 733	11 200	6.88	3 428	7 772	-
5o.	Ene. 63-Dic. 63	152 339	10 593	6.95	2 742	7 851	-
6o.	Ene. 64-Dic. 64	173 068	11 197	6.47	2 403	8 794	-

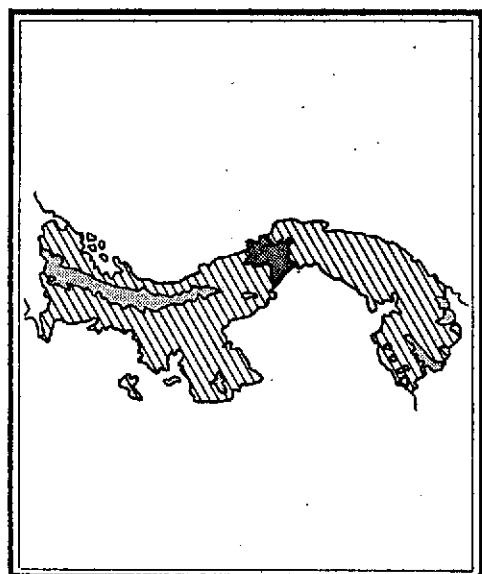
## AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

Año	Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección				Especie de parásitos					
						Autóctonos	Recaf-das	Importados del exterior	de otras áreas dentro del país	Indu-cidos	Introdu-cidos	No cla-sificados	P. falciparum	P. vivax	P. malariae
1962	3o.	515	9 463	7.3	41	8	6	-	20	-	1	-	10	30	1
	4o.	515	9 531	7.4	118	49	7	-	30	-	-	-	16	102	-
1963	1o.	533	8 974	6.7	52	7	1	-	28	-	2	-	9	43	-
	2o.	533	10 731	8.0	110	10	11	-	26	-	-	-	19	91	-
	3o.	668	21 869	13.1	385	169	15	-	78	1	-	-	278	107	-
	4o.	668	20 937	12.5	419	308	12	-	98	-	1	-	172	247	-
1964	1o.		17 564	10.1	343	200	33	-	45	-	-	-	169	174	-
	2o.	695	19 395	11.2	362	105	27	-	84	-	-	-	101	261	-
	3o.		21 520	12.4	527	143	42	-	86	1	-	-	87	440	-
	4o.		16 064	9.2	587	206	38	-	149	-	1	-	149	438	-

Pafs: PANAMA

Cobertura total iniciada: 19 de agosto de 1957

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<b>1 210</b>	<b>75 650</b>
Areas no maláricas	45	5 806
Areas maláricas iniciales		
Fase de Mantenimiento	0	0
Fase de Consolidación	0	0
Fase de Ataque	1 165	69 844
Fase Preparatoria	0	0
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<b>1 165</b>	<b>69 844</b>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	-	257	257
Operaciones de evaluación	2	41	43
Administrativas y otras	1	30	31
Transporte	-	9	9
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>337</b>	<b>340</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

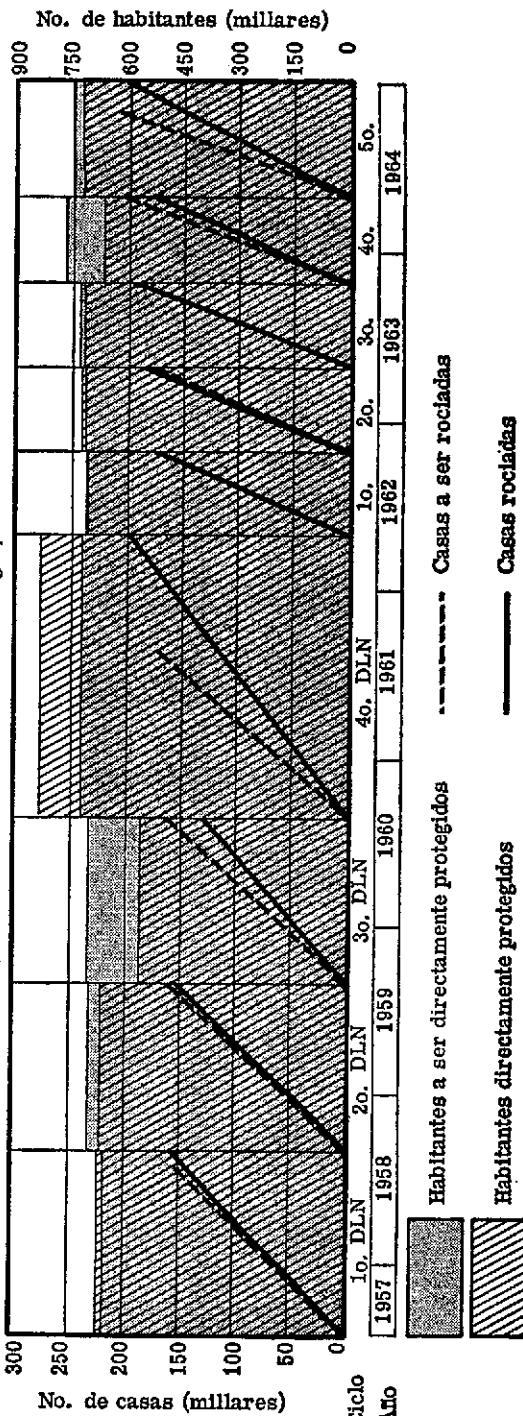
Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	55	21	4	80
Vehículos (2 ruedas)	-	11	-	11
Embarcaciones	15	3	2	20
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>35</b>	<b>6</b>	<b>111</b>

PANAMA (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas						Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador por día
		DDT		Dieldrín		Planeado	Rociadas	Planeado	Rociadas	DDT	Dieldrín	
		Ciclo	Planeado	Rociadas	Ciclo							
1o.	Ago. 57-Ago. 58	-	-	-	1o.	152 957	155 963	659 856 <sup>a</sup>	671 824 <sup>a</sup>	-	119	6.5
2o.	Sep. 58-Ago. 59	-	-	-	2o.	161 700	154 638	697 574	687 095	-	145	6.9
3o.	Sep. 59-Ago. 60	-	-	-	3o.	165 102	131 270	707 462	562 514	-	129	7.3
4o.	Sep. 60-Abr. 62	-	-	-	4o.	172 121	199 265	722 392	836 229	-	138	6.8
5o.	May. 62-Abr. 63	1o.	175 622	174 779	-	(b)	1 101 <sup>c</sup>	710 918	711 983	490	63	8.1
		2o.	182 784	184 355	-	(b)	1 192 <sup>c</sup>	714 320	726 944	510	103	8.8
6o.	May. 63-Abr. 64	3o.	197 379	193 980	-	(b)	1 024 <sup>c</sup>	733 060	724 166	477	77	8.9
		4o.	205 165	176 912	-	(b)	1 268 <sup>c</sup>	771 827	670 310	455	71	9.3
7o.	May. 64-Dic. 64	5o.	209 126	201 976	-	(b)	1 078 <sup>c</sup>	750 420	728 683	440	77	9.0

(a) Estimado. (b) Incluidas en la columna de DDT. (c) Rociadas dos veces al año con 0.3 gr./m<sup>2</sup>.



## PANAMA (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

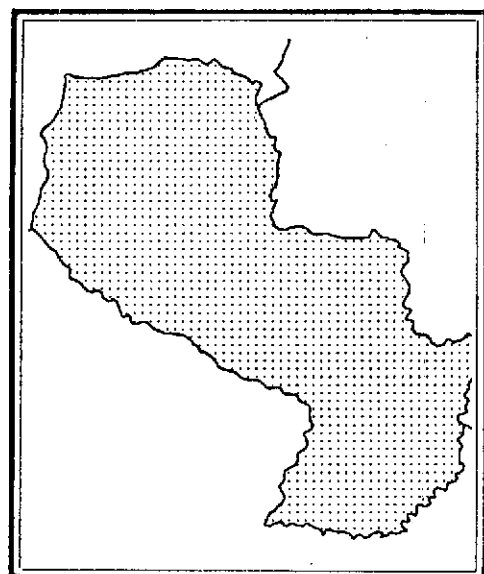
Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas Número	Porcentaje	<u>P. falci- parum</u>	<u>P. vivax</u>	<u>P. malariae</u>
1o.	Ago. 57-Ago. 58	69 429	5 634	8.11	1 717	...	...
2o.	Sep. 58-Ago. 59	93 338	4 921	5.27	720	4 126	5
3o.	Sep. 59-Ago. 60	76 984	5 232	6.80	751	4 479	2
4o.	Sep. 60-Abr. 62	160 620	5 817	3.62	1 660	4 155	2
5o.	May. 62-Abr. 63	147 711	3 310	2.24	538	2 772	-
6o.	May. 63-Abr. 64	140 078	2 246	1.60	175	2 070	1
7o.	May. 64-Dic. 64	96 472	1 183	1.23	85	1 098	-



Pafs: PARAGUAY

Cobertura total iniciada: \_\_\_\_\_

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
TOTAL DEL PAIS	1 900	406 752
Areas no maláricas	321	162
Areas maláricas iniciales		
Fase de Mantenimiento	0	0
Fase de Consolidación	0	0
Fase de Ataque	0	0
Fase Preparatoria	1 579	406 590
Total, áreas maláricas iniciales	1 579	406 590

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	2	32	34
Operaciones de evaluación	7	59	66
Administrativas y otras	1	50	51
Transporte	-	21	21
Total	10	162	172

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

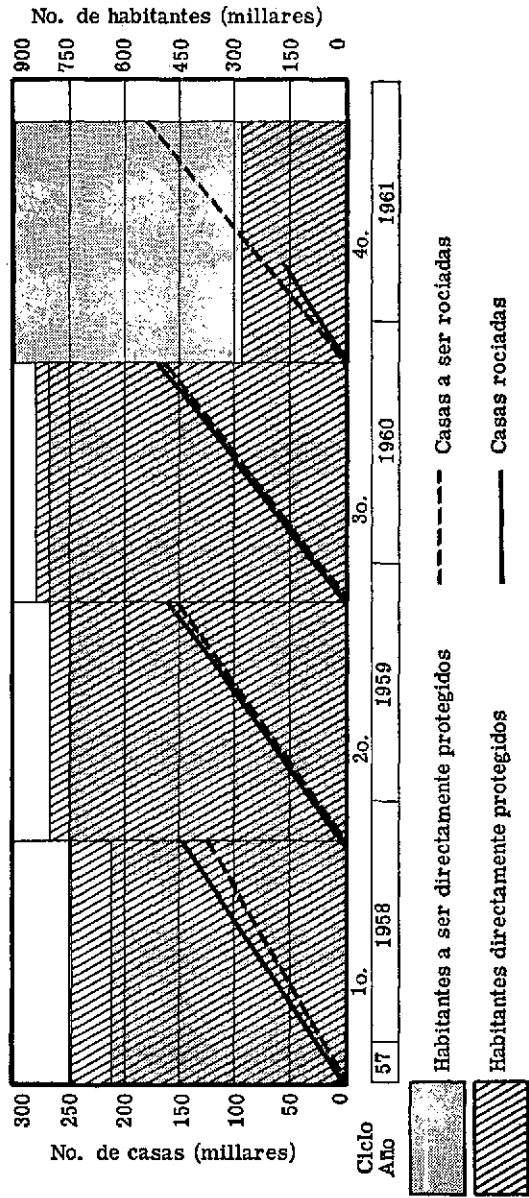
Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehfculos (4 ruedas)	1	6	20	27
Vehfculos (2 ruedas)	-	-	5	5
Embarcaciones	-	5	11	16
Animales	8	4	-	12
Otros	-	-	-	-
Total	9	15	36	60

PARAGUAY (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Ciclo Diel drfn	Casas rociadas		Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gr. técnico) Diel drfn	Promedio de casas por rociador por día
			Planeado	Rociadas	Planeado	Protegidos		
1o.	Nov. 57-Oct. 58	1o.	126 902	148 626	638 190	747 541	105	10.9
2o.	Nov. 58-Oct. 59	2o.	150 033	161 261	749 115	805 232	111	14.3
3o.	Nov. 59-Oct. 60	3o.	163 586	171 086	807 460	844 515	118	11.7
4o. <sup>a</sup>	Nov. 60-Mar. 61	4o. <sup>a</sup>	181 097	56 656	898 060	280 982	138	8.1

(a) Programa suspendido, nuevo programa en estudio.



## PARAGUAY (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
1o.	Nov. 57-Oct. 58	13 526	500	3.70	3	496	1
2o.	Nov. 58-Oct. 59	11 963	621	5.19	3	618	-
3o.	Nov. 59-Oct. 60	42 396	1 033	2.44	5	1 028	-
4o. <sup>a</sup>	Nov. 60-Dic. 61	34 452	1 745	5.07	9	1 735	1
(b)	Ene. 62-Dic. 62	48 184	5 756	11.95	313	5 443	-
(b)	Ene. 63-Dic. 63	92 806	3 443	3.71	313	3 130	-
(b)	Ene. 64-Dic. 64	103 169	8 851	8.58	961	7 889	1

(a) Operaciones de rociado suspendidas en marzo de 1961; programa nuevamente en fase preparatoria.

(b) Fase preparatoria.

Pafs: PERU

Cobertura total iniciada: 17 de noviembre de 1957

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>10794</u>	<u>1 381 800</u>
Areas no malaricas	<u>7 502</u>	<u>438 600</u>
Areas malaricas iniciales		
Fase de Mantenimiento	<u>43</u>	<u>31 040</u>
Fase de Consolidación	<u>2 204</u>	<u>268 210</u>
Fase de Ataque	<u>1 045</u>	<u>643 950</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas malaricas iniciales</b>	<u>3 292</u>	<u>943 200</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	5	298	303
Operaciones de evaluación	18	191	209
Administrativas y otras	1	179	180
Transporte	-	70	70
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>738</b>	<b>762</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

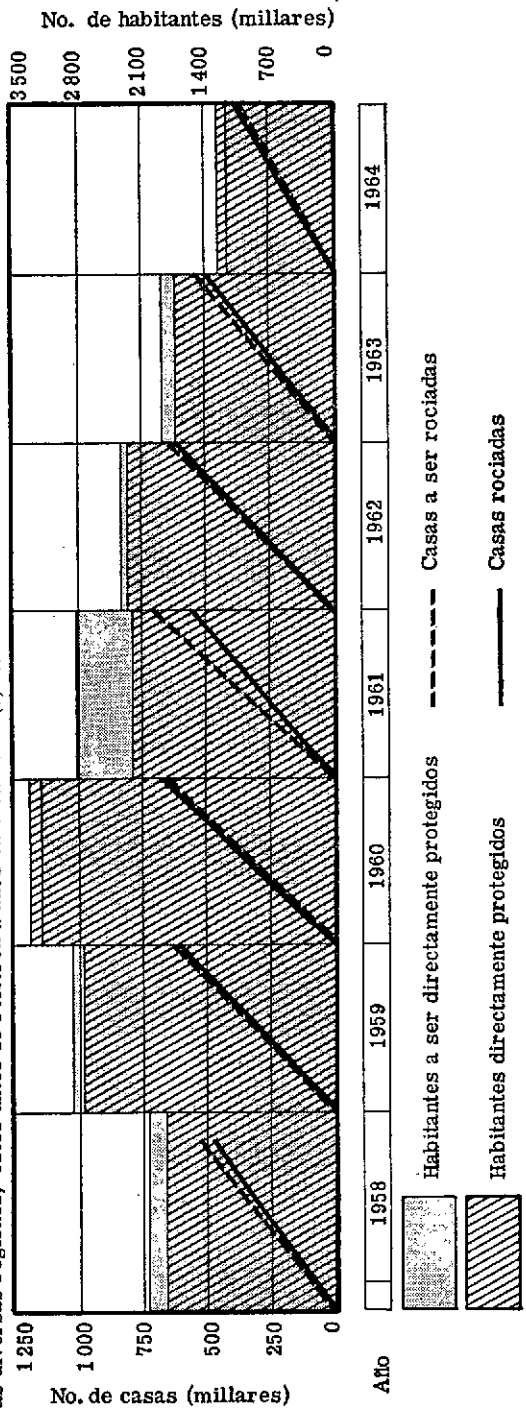
Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehiculos (4 ruedas)	59	66	52	177
Vehiculos (2 ruedas)	-	-	1	1
Embarcaciones	-	-	61	61
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>66</b>	<b>114</b>	<b>239</b>

PERU (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas						Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador por día
		DDT		Ciclo	Dieldrín		Planeado	Protegidos	DDT	Dieldrín		
		Planeado	Rociadas		Planeado	Rociadas						
1o.	Nov. 57-Oct. 58	1o. + 2o.	286 764 <sup>a</sup> 70 266 <sup>b</sup>	1o.	(c)	122 120	2 054 035	1 867 208	426	115	7.8	
2o.	Ene. 59-Dic. 59	(d)	271 065 <sup>e</sup>	2o.	(c)	341 804	2 886 064	2 775 694	424	118	8.4	
3o.	Ene. 60-Dic. 60	(d)	447 848 <sup>e</sup>	3o.	(c)	234 643	3 209 952	3 345 726	468	95	8.4	
4o.	Ene. 61-Dic. 61	(d)	534 037 <sup>e</sup>	4o.	(c)	25 005	2 826 797	2 210 988	410	109	7.9	
5o.	Ene. 62-Dic. 62	(d)	627 527 <sup>e</sup>	-	-	-	2 354 405	2 283 980	465	-	8.7	
6o.	Ene. 63-Dic. 63	(d)	500 218 <sup>e</sup>	-	-	-	1 895 800	1 756 286	459	-	8.1	
7o.	Ene. 64-Dic. 64	(d)	379 184 <sup>e</sup>	-	-	-	1 182 617	1 253 290	473	-	7.9	

(a) Rociadas una vez al año. (b) Rociadas dos veces al año. (c) Incluidas en la columna de DDT. (d) Debido a la diferencia de comienzo de los ciclos de rociado en las diversas regiones, estos datos se refieren a años calendario. (e) Rociamientos.



Año

PERU (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
1o.	Nov. 57-Oct. 58	...	648 <sup>a</sup>	...	77	526	27
(b)	Ene. 59-Dic. 59	148 413	4 658 <sup>a</sup>	8.14	302	4 265	51
(b)	Ene. 60-Dic. 60	342 503	3 901	1.14	256	3 559	86
(b)	Ene. 61-Dic. 61	403 748	3 055	0.76	185	2 804	66
(b)	Ene. 62-Dic. 62	389 309	2 196	0.55	81	2 035	80
(b)	Ene. 63-Dic. 63	313 649	1 630	0.52	101	1 389	140
(b)	Ene. 64-Dic. 64	302 086	1 605 <sup>a</sup>	0.53	273	1 207	91

## AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

Año	Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección				Especie de parásitos						
						Autóctonos	Recaídas	Importados del exterior	de otras áreas dentro del país	Inducidos	Introducidos	No clasificados y no investigados	P. falciparum	P. vivax	P. malariae	
1959	1o-4o	14	1 378	9.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1960	1o-4o	15	7 277	48.5	5	-	1	-	-	4	-	-	-	1	4	-
1961	1o-4o	47	13 780	29.3	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-
1962	1o.		15 091	7.0	9	1	-	-	3	4	-	-	-	7	2	2
	2o.	864	20 414	9.4	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-
	3o.		17 056	7.9	4	-	-	-	3	-	-	-	-	4	-	-
	4o.		18 769	8.7	6	1	-	-	5	-	-	-	-	4	-	1
1963	1o.		35 455	6.4	25	1	2	4	16	2	-	-	-	24	1	1
	2o.	2 199	34 049	6.2	26	3	-	-	18	-	-	-	-	25	1	1
	3o.		51 120	9.3	19	5	-	-	12	1	-	-	-	18	1	1
	4o.		48 103	8.7	17	4	4	-	5	-	-	-	-	16	1	1
1964	1o-3o	2 204	150 002	9.1	298	190	32	-	34	2	3	37	1	294	3	3
	4o.		33 675	6.1	21	...	...	...	...	...	...	...	-	21	-	-

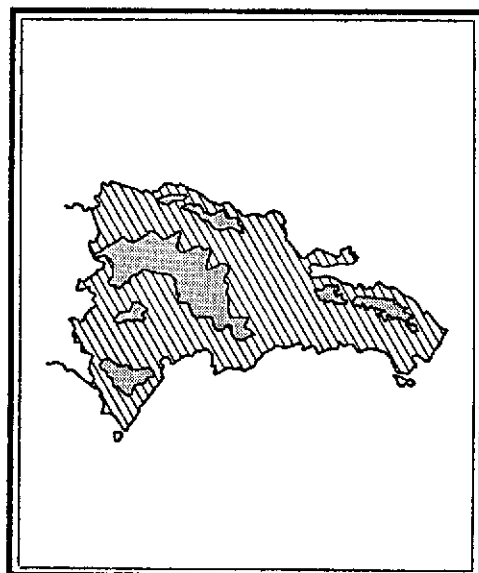
(a) Incluye infecciones mixtas no diferenciadas. (b) Debido a la diferencia de comienzo de los ciclos de rociado en las diversas regiones, estos datos se refieren a años calendario.



Pafs: REPUBLICA DOMINICANA

Cobertura total iniciada: 16 de junio de 1958

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>3 452</u>	<u>48 442</u>
Areas no maláricas	<u>622</u>	<u>9 442</u>
<b>Areas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Ataque	<u>2 830</u>	<u>39 000</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>2 830</u>	<u>39 000</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	3	524	527
Operaciones de evaluación	3	58	61
Administrativas y otras	-	22	22
Transporte	-	73	73
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>677</b>	<b>683</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	67	15	1	83
Vehículos (2 ruedas)	-	19	-	19
Embarcaciones	-	-	-	-
Animales	-	6	-	6
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>40</b>	<b>1</b>	<b>108</b>

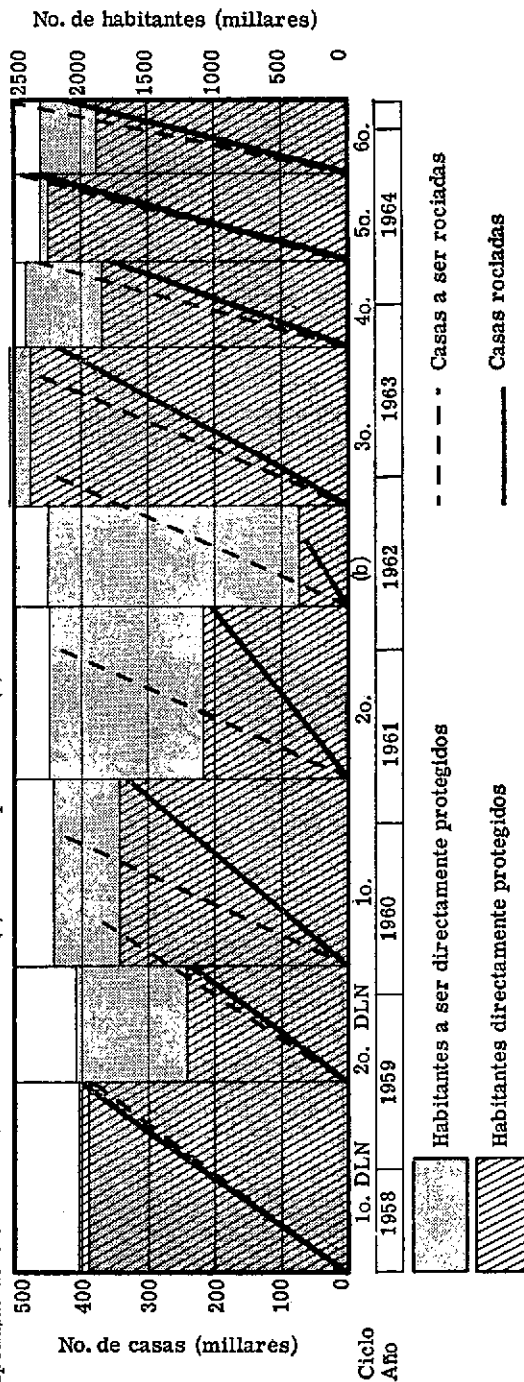


REPUBLICA DOMINICANA (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas						Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador por día
		DDT		Dieldrín		Planeado	Protegidos	DDT	Dieldrín			
		Ciclo	Planeado	Rociadas	Ciclo					Planeado	Rociadas	
1o.	Jun. 58-Jun. 59	-	-	-	1o.	386 120	395 597	1 968 895	2 015 214	-	102	11.4
2o.	Jul. 59-Feb. 60	-	-	-	2o. a	400 000	236 597	2 032 800	1 202 301	-	119	10.5
3o.	Mar. 60-Mar. 62	1o.	428 615	332 944	-	-	-	2 206 080	1 713 612	495	-	9.0
		2o.	428 615	204 531	-	-	-	2 241 656	1 083 459	472	-	8.4
(b)	Abr. 62-Oct. 62	(b)	428 615	72 499	-	-	-	2 241 656	368 201	424	-	8.4
4o.	Nov. 62-Mar. 64	3o.	462 900	438 706	-	-	-	2 530 674	2 398 328	468	-	8.2
		4o.	472 000	359 653	-	-	-	2 428 110	1 850 166	475	-	8.4
5o.	Abr. 64-Feb. 65	5o.	490 000	480 537	-	-	-	2 316 181	2 271 494	449	-	9.8
		6o. c	510 575	417 855	-	-	-	2 311 680	1 891 904	449	-	10.5

(a) Ciclo suspendido debido a cambio de insecticida. (b) Ciclo suspendido. (c) Ciclo todavía no terminado.



## REPUBLICA DOMINICANA (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

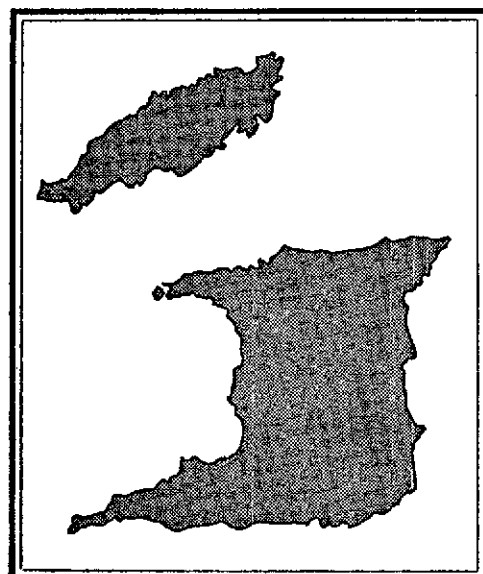
Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas Número	Porcentaje	P. falciparum	P. vivax	P. malariae
10.	Jun. 58-Jun. 59	29 718	3 060	10.30	1 522	1 537	1
(a)	Jul. 59-Dic. 59	14 516	2 788	19.21	1 515	1 265	8
(a)	Ene. 60-Dic. 60	20 337	5 540	27.24	3 583	1 949	8
(a)	Ene. 61-Dic. 61	21 946	2 523	11.50	1 164	1 358	1
(a)	Ene. 62-Dic. 62	19 742	548	2.78	275	271	2
(a)	Ene. 63-Dic. 63	73 352	386	0.53	129	256	1
(a)	Ene. 64-Dic. 64	121 211	321	0.26	103	201	17

(a) Debido a la irregularidad de los ciclos de rociado, estas fechas se refieren a años calendario.

País: TRINIDAD Y TABAGO

Cobertura total iniciada: 2 de enero de 1958

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>962</u>	<u>5 605</u>
Areas no maláricas	<u>140</u>	<u>161</u>
<b>Areas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>822</u>	<u>5 444</u>
Fase de Ataque	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>822</u>	<u>5 444</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	-	30	30
Operaciones de evaluación	1	124	125
Administrativas y otras	-	24	24
Transporte	-	30	30
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>208</b>	<b>209</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	3	11	15	29
Vehículos (2 ruedas)	-	-	-	-
Embarcaciones	-	-	1	1
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>30</b>

## TRINIDAD Y TABAGO (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas				Especies encontradas			
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae	-	
			Número	Porcentaje					
1o.	Ene. 58-Dic. 58	51 159	374	0.73	316	58	-	-	
2o.	Ene. 59-Dic. 59	101 039	92	0.09	63	28	1	-	
3o.	Ene. 60-Dic. 60	91 388	11	0.01	9	2	-	-	
4o.	Ene. 61-Dic. 61	89 569	-	-	-	-	-	-	

## AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección				Especie de parásitos					
					Autóctonos	Recaf-das	Importados del exterior	de otras áreas dentro del país	Indu-cidos	Introdu-cidos	No cla-sificados	P. falciparum	P. vivax	P. malar-iae
1958 1-4	160	21 279	13.2	2	-	-	2	-	-	-	-	2	-	-
1959 1-4	160	361	0.2	5	-	-	5	-	-	-	-	4	1	-
1960 1-4	185	17 612	9.5	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
1961 1-4	197	11 602	5.9	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-
1o.		36 719	16.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2o.		27 947	12.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3o.	877	35 614	16.2	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
4o.		20 687	9.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1o.		32 746	15.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2o.	828	24 640	11.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3o.		18 825	9.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4o.		32 712	15.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1o.		22 906	11.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2o.		28 920	14.1	2	-	1	1	-	-	-	-	-	1	1
3o.	822	16 579	8.1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
4o.		13 633	6.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(a) Incluye 1 145 muestras de Tabago, divididas en partes iguales entre los trimestres.

País: VENEZUELA

Cobertura total iniciada: 1945

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
TOTAL DEL PAIS	8 336	912 050
Áreas no maláricas	2 111	312 050
Áreas maláricas iniciales		
Fase de Mantenimiento	5 822	469 552
Fase de Consolidación	116	7 681
Fase de Ataque	287	122 767
Fase Preparatoria	0	0
Total, áreas maláricas iniciales	6 225	600 000

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	1	330	331
Operaciones de evaluación	19	642	661
Administrativas y otras	...	...	...
Transporte	-	35	35
Total	20	1 007	1 027

... No se dispone de datos

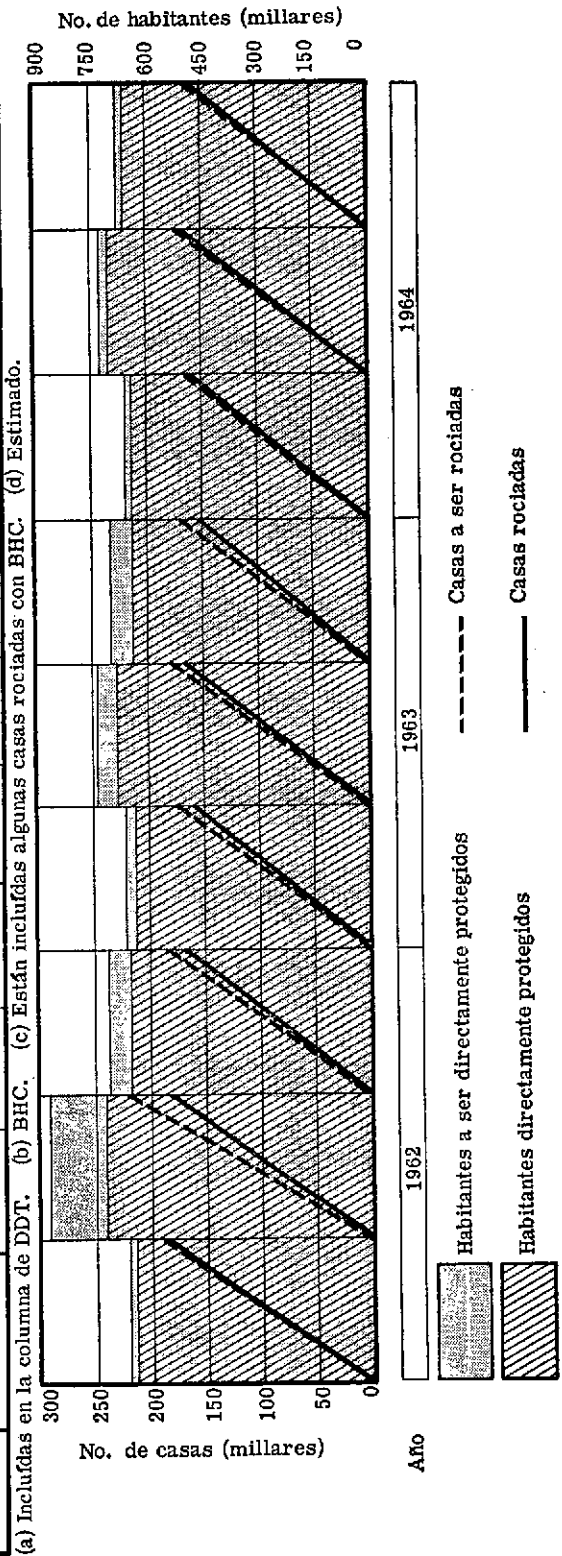
## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	73	79	42	194
Vehículos (2 ruedas)	6	327	-	333
Embarcaciones	18	93	11	122
Animales	225	335	-	560
Otros	62	-	-	62
Total	384	834	53	1 271

VENEZUELA (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas						Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador por día		
		DDT		Dieldrín		Rociadas	Ciclo	Planeado	Rociadas	Planeado	Protegidos		DDT	Dieldrín
		Ciclo	Planeado	Rociadas	Ciclo									
...	...	...	189 083	170 848	...	...	(a)	3 381	712 276	643 634	422	198	6.3	
...	Ene. 62-Dic. 62	...	220 919	175 962	...	...	(a)	13 125 b	877 711	726 147	340	173 b	6.5	
...	...	...	185 755	163 477	...	...	(a)	1 100	715 343	654 399	332	210	7.0	
...	...	...	177 294	158 263	...	...	(a)	5 704 b	712 190	639 525	359	198	7.0	
...	Ene. 63-Dic. 63	...	179 385	163 952	...	...	(a)	1 595	739 963	684 615	376	322	7.0	
...	...	...	169 947	153 538	...	...	(a)	4 877 b	703 241	640 057	370	187 b	7.0	
...	...	...	165 656	160 867 c	...	...	(a)	789	659 840 d	640 780	373	182 b	7.4	
...	Ene. 64-Dic. 64	...	174 388	169 599 c	...	...	(a)	151 b	727 564 d	707 599	391	303	7.5	
...	...	...	165 206	160 418 c	...	...	(a)	870	681 949 d	662 186	399	163 b	7.0	
...	...	...	...	...	...	...	(a)	1 161 b	...	...	...	...	...	
...	...	...	...	...	...	...	(a)	773	...	...	...	...	...	
...	...	...	...	...	...	...	(a)	368 b	...	...	...	...	...	



Año

1962

1963

1964

Habitantes a ser directamente protegidos

Habitantes directamente protegidos

Casas a ser rociadas

Casas rociadas

VENEZUELA (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas	Porcentaje	P. falciparum	P. vivax	P. malariae
...	Ene. 58-Dic. 58	269448	975 a	0.36	60	901	4
...	Ene. 59-Dic. 59	232710	765 a	0.33	92	646	14
...	Ene. 60-Dic. 60	247429	1346 a	0.54	165	1163	6
...	Ene. 61-Dic. 61	230336	1175 a	0.51	68	1075	21
...	Ene. 62-Dic. 62	172280	883 b	0.51	53	812	14
...	Ene. 63-Dic. 63	153406	2194 b	1.43	80	2083	20
...	Ene. 64-Sep. 64	116513	2934	2.52	...	...	...

## AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

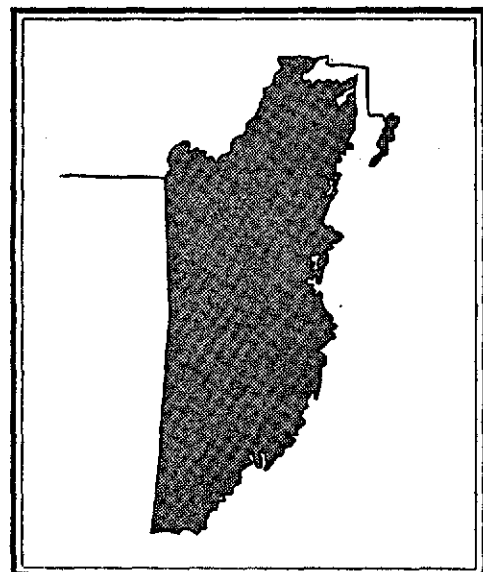
Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección			Introducidos	No clasificados	Especie de parásitos		
					Autóctonos	Recafadas	Importados del exterior			Inducidos dentro del país	P. vivax	P. falciparum
1958 1-4	469	69614	14.8	50	-	-	27	-	-	2	46	2
1959 1-4	685	101878	14.9	45	-	-	37	1	-	2	43	-
1960 1-4	291	93047	32.0	112 a	2	4	31	45	-	-	108	2
1961 1-4	174	64923	37.3	57	4	1	15	9	-	-	57	-
1962 1-4	150	93646	62.4	74 a	1	1	29	7	-	22	51	-
1963 1-4	102	61724	60.5	89 a	-	-	32	7	-	26	62	-
1964 1-3	116	42082	48.4	81	-	-	24	7	-	4	77	-
AREAS EN FASE DE MANTENIMIENTO Y NO MALARICAS												
1958 1-4	4720	145654	3.1	113 a	-	-	79	5	28	6	100	6
1959 1-4	5097	169189	3.3	101 a	-	-	87	6	7	14	73	9
1960 1-4	6092	224193	3.7	216 a	6	11	44	92	70	14	197	4
1961 1-4	7111	305252	4.3	522 a	11	5	52	122	333	13	498	5
1962 1-4	7410	282314	3.8	283 a	5	5	52	84	110	5	244	3
1963 1-4	7701	284814	3.7	570	-	-	79	286	202	6	562	2
1964 1-3	5822	213844	4.9	1371 a	1	1	147	735	487	3	1365	2

(a) Incluye infecciones mixtas no diferenciadas. (b) Incluye infecciones mixtas no diferenciadas y especie de parásitos sin clasificar. (c) Areas en fase de mantenimiento únicamente.

Pafs: BELICE

Cobertura total iniciada: 4 de febrero de 1957

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>104</u>	<u>22 696</u>
Areas no maláricas	<u>0</u>	<u>0</u>
Areas maláricas iniciales		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>104</u>	<u>22 696</u>
Fase de Ataque	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>104</u>	<u>22 696</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	-	-	-
Operaciones de evaluación	1	11	12
Administrativas y otras	1	3	4
Transporte	-	3	3
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>19</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	-	8	3	11
Vehículos (2 ruedas)	-	2	1	3
Embarcaciones	-	11	-	11
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>25</b>



BELICE (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas				Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae	
			Número	Porcentaje				
1o.	Feb. 57-Ene. 58	2132	256	12.01	148	56	52	
2o.	Feb. 58-Abr. 59	8081	593	7.34	321	226	46	
3o.	May. 59-Jun. 60	12985	819	6.31	542	207	70	
4o.	Jul. 60-Jun. 61	15149	82	0.54	11	71	-	
5o.	Jul. 61-Jul. 62	12741	12	0.09	-	12	-	

## AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

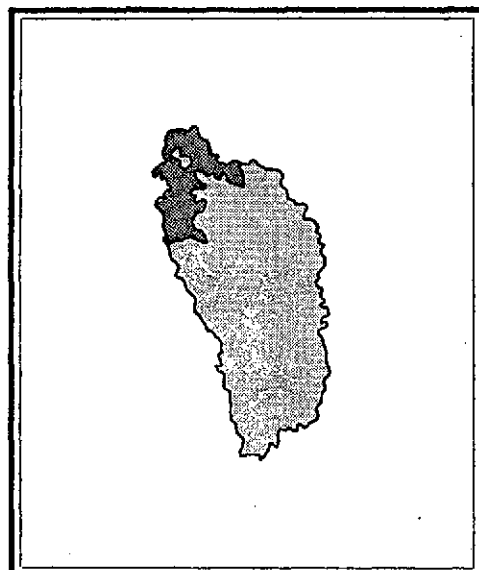
Año	Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección				Especie de parásitos					
						Autóctonos	Recaídas	Importados del exterior	Importados de otras áreas dentro del país	Inducidos	Introducidos	No clasificados	P. vivax	P. falciparum	P. malariae
1962	3o. a		3004	12.0	14	6	7	1	-	-	-	-	14	-	-
	4o.	100	3657	14.6	4	4	-	-	-	-	-	-	4	-	-
1963	1o.		3284	13.1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2o.		2822	10.5	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	3o.	100	3114	12.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	4o.		4065	16.3	13	13	-	-	-	-	-	-	13	-	-
1964	1o.		3439	13.2	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2o.		2706	10.4	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	3o.	104	3173	12.2	18	16	1	1	-	-	-	-	-	18	-
	4o.		2508	9.6	8	7	1	-	-	-	-	-	-	8	-

(a) Agosto-septiembre.

Pafs: DOMINICA

Cobertura total iniciada: 8 de junio de 1959

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>60</u>	<u>790</u>
Areas no maláricas	<u>46</u>	<u>638</u>
<b>Areas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Consolidación	<u>14</u>	<u>152</u>
Fase de Ataque	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>14</u>	<u>152</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	-	-	-
Operaciones de evaluación	(1)	7	7 (1)
Administrativas y otras	-	1 (1)	1 (1)
Transporte	-	1	1
<b>Total</b>	<b>(1)</b>	<b>9 (1)</b>	<b>9 (2)</b>

Personal a tiempo parcial en paréntesis

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

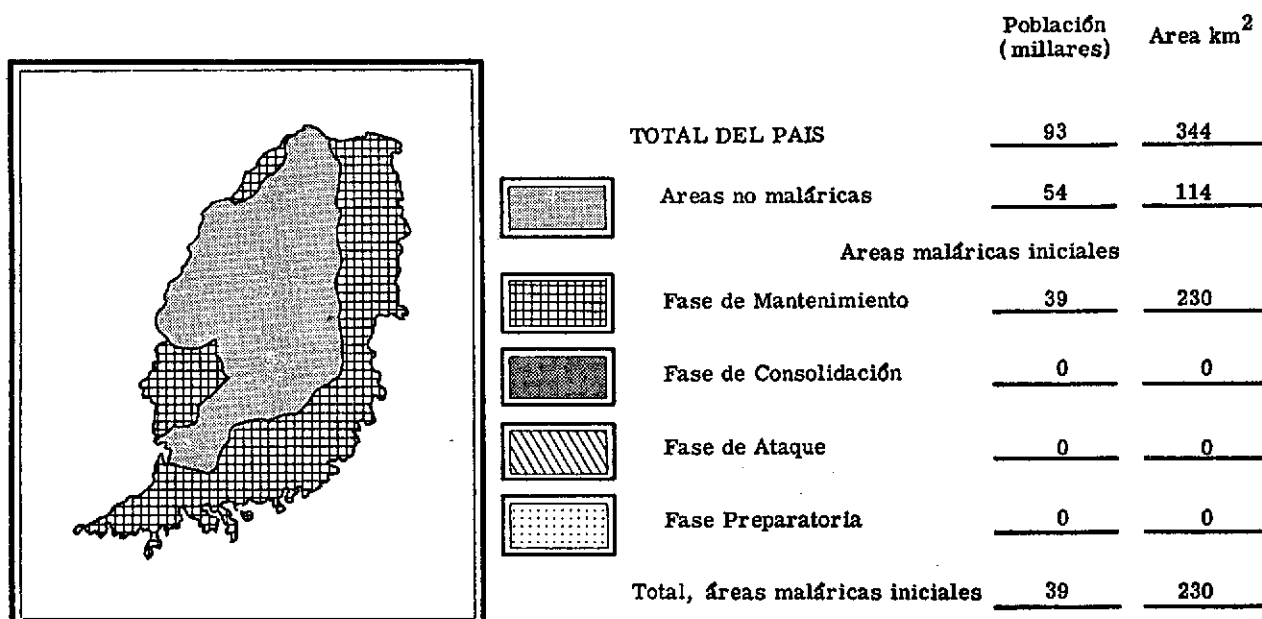
Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	-	3	-	3
Vehículos (2 ruedas)	-	4	-	4
Embarcaciones	-	-	-	-
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>7</b>	<b>-</b>	<b>7</b>



Pafs: GRANADA Y CARRIACOU

Cobertura total iniciada: 12 de febrero de 1957

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



(La Isla de Carriacou que se encuentra en fase de Mantenimiento, no se muestra en el mapa)

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	-	-	-
Operaciones de evaluación	-	25 (2)	25 (2)
Administrativas y otras	-	1 (1)	1 (1)
Transporte	-	-	-
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>26 (3)</b>	<b>26 (3)</b>

Personal a tiempo parcial en paréntesis

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

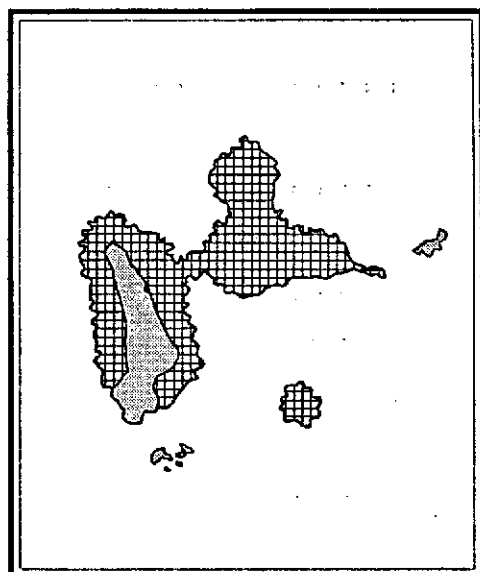
Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	-	-	-	-
Vehículos (2 ruedas)	-	-	-	-
Embarcaciones	-	-	-	-
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>



Pafs: GUADALUPE

Cobertura total iniciada: Julio de 1956

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<b>298</b>	<b>1 779</b>
Areas no maláricas	32	643
<b>Areas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	266	1 136
Fase de Consolidación	0	0
Fase de Ataque	0	0
Fase Preparatoria	0	0
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<b>266</b>	<b>1 136</b>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	-	37	37
Operaciones de evaluación	2	10 (8)	12 (8)
Administrativas y otras	-	3 (26)	3 (26)
Transporte	-	6	6
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>56 (34)</b>	<b>58 (34)</b>

Personal a tiempo parcial en paréntesis

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	6	4	1	11
Vehículos (2 ruedas)	-	-	-	-
Embarcaciones	-	-	-	-
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>11</b>

GUADALUPE (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
...	Ene. 58-Dic. 58	1 150	3	0.26	-	-	3
...	Ene. 59-Dic. 59	3 903	-	0	-	-	-
...	Ene. 60-Seg. 60	4 450	2	0.04	...	...	...

## AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

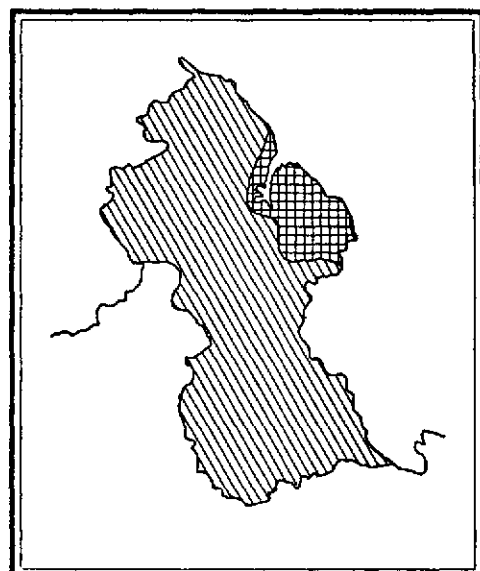
Año	Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección				Especie de parásitos				
						Autóctonos	Recafadas	Importados del exterior	Inducidos dentro del país	Inducidos	No clasificados	P. falciparum	P. vivax	P. malariae
1958	1-4	129	4887	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1959	1-4	133	3 691	4.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1960a	1-3	145	7 080	4.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1961	1-4	186	11 857	6.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1962	1-4	66	11 196	17.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AREAS EN FASE DE MANTENIMIENTO														
1961	1-4	58	2 407	4.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1962	1-4	187	5 239	2.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1963a	1-3	260	17 170	8.8	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
1964	1-4	288b	21 831c	7.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(a) Enero-Septiembre. (b) Incluye población de áreas originalmente sin malaria. (c) Incluye muestras de áreas originalmente sin malaria.

Pafs: GUAYANA BRITANICA

Cobertura total iniciada: Abril de 1946

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>631</u>	<u>215 800</u>
Areas no maláricas	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Areas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>589</u>	<u>10 600</u>
Fase de Consolidación	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Ataque	<u>42</u>	<u>205 200</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>631</u>	<u>215 800</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	1	8	9
Operaciones de evaluación	(1)	24	24 (1)
Administrativas y otras	-	10	10
Transporte	-	12	12
<b>Total</b>	<b>1 (1)</b>	<b>54</b>	<b>55 (1)</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

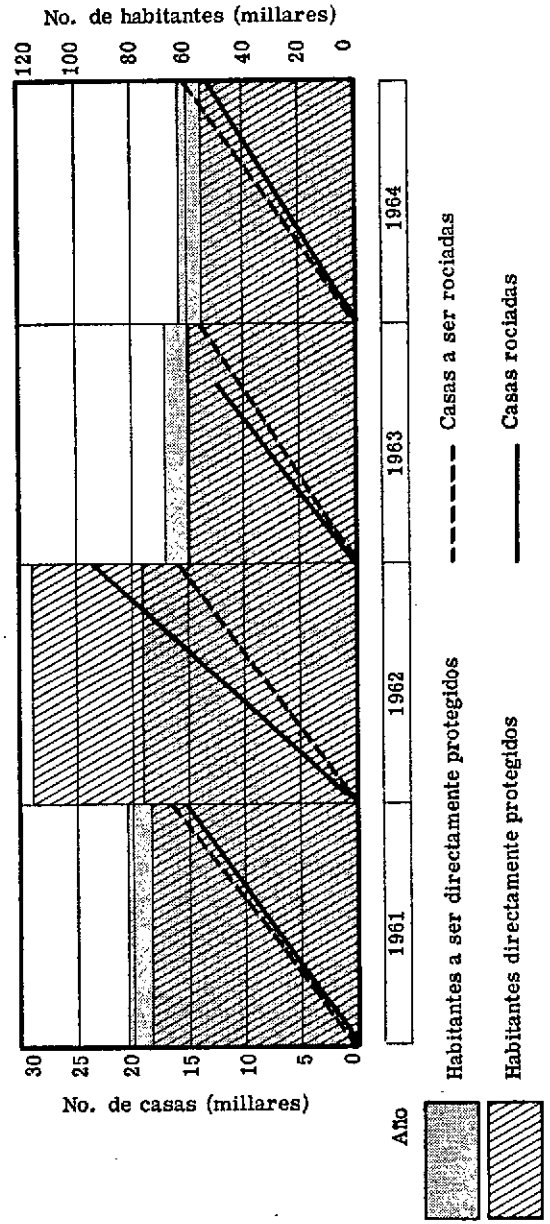
Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	3	4	-	7
Vehículos (2 ruedas)	-	-	-	-
Embarcaciones	-	-	4	4
Animales	1	-	-	1
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>12</b>



GUAYANA BRITANICA (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas con DDT						Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gramos técnico) DDT	Promedio de casas por rociador por día
		Una vez al año		Dos veces al año		Planeado	Rociadas	Planeado	Protegidos		
		Ciclo	Planeado	Rociadas	Ciclo						
...	Ene. 61-Dic. 61	...	16 538	15 107	-	-	-	82 062	74 964	195	4.6
...	Ene. 62-Dic. 62	...	9 542	10 273	...	6 131	13 535	76 563	116 305	183	8.3
...	Ene. 63-Sep. 63	...	6 726	4 270	...	7 218	7 961	68 123	59 542	346	7.3
...	Ene. 64-Dic. 64	...	6 563	5 408	...	4 236	5 280	63 243	54 986	295	4.3



## GUAYANA BRITANICA (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
...	Ene. 58-Dic. 58	1 520	51	3.34	23	8	20
...	Ene. 59-Dic. 59	3 754	176 <sup>a</sup>	4.68	53	100	13
...	Ene. 60-Sep. 60	3 674	263	7.16	175	67	12
...	Ene. 61-Dic. 61	15 515	218	1.40	57	156	5
...	Ene. 62-Dic. 62	14 358	425	2.96	266	159	-
...	Ene. 63-Dic. 63	16 780	473 <sup>a</sup>	2.81	414	56	-
...	Ene. 64-Dic. 64	35 091	223	0.64	190	33	-

## AREAS EN FASE DE MANTENIMIENTO

Fecha	Año	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección				Especie de parásitos							
						Autóctonos	Recafdas	Importados del exterior	de otras áreas dentro del país	Inducidos	Introducidos	No clasificados	P. falciparum	P. vivax	P. malariae		
1958	1-4	430	1	0.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1959	1-4	460	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1960	1-4	494	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1961	1-4	515	1 374	0.3	13	-	1	12	-	-	-	-	1	12	-	-	
1962	1-4	556	21 088	3.8	21	3	-	1	-	-	-	-	-	21	-	-	
1963	1-4	572	15 475	2.7	3	2	1	-	-	-	-	-	1	2	-	-	
	10.		6 031	4.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	20.		4 341	2.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	30.	589	6 014	4.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	40.		3 708	2.5	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2

(a) Incluye infecciones mixtas no diferenciadas.

País: GUAYANA FRANCESA

Cobertura total iniciada: Mayo de 1958

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	-	29	29
Operaciones de evaluación	1	3	4
Administrativas y otras	-	3	3
Transporte	-	6	6
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>41</b>	<b>42</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE \*

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	4	-	5	9
Vehículos (2 ruedas)	-	-	2	2
Embarcaciones	1	-	-	1
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>-</b>	<b>7</b>	<b>12</b>

\* Datos de 1963; datos de 1964 no se han recibido.

## GUAYANA FRANCESA (Cont.)

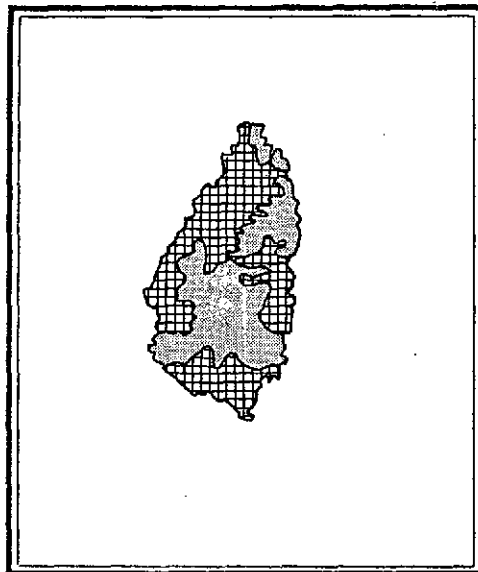
## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas Número	Porcentaje	<u>P. falciparum</u>	<u>P. vivax</u>	<u>P. malariae</u>
...	Ene. 60-Dic. 60	3 343	37	1.11	30	6	1
...	Ene. 61-Dic. 61	1 197	33	2.76	33	-	-
...	Ene. 62-Dic. 62	2 183	70	3.21	60	10	-
...	Ene. 63-Sep. 63	2 648	70	2.64	61	9	-
...	Ene. 64-Dic. 64	3 025	48	1.59	16	32	-

País: STA. LUCIA

Cobertura total iniciada: 16 de enero de 1956

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<u>99</u>	<u>603</u>
Areas no maláricas	<u>15</u>	<u>93</u>
<b>Areas maláricas iniciales</b>		
Fase de Mantenimiento	<u>84</u>	<u>510</u>
Fase de Consolidación	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase de Ataque	<u>0</u>	<u>0</u>
Fase Preparatoria	<u>0</u>	<u>0</u>
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<u>84</u>	<u>510</u>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	-	-	-
Operaciones de evaluación	(1)	7 (2)	7 (3)
Administrativas y otras	(1)	(3)	(4)
Transporte	-	-	-
<b>Total</b>	<b>(2)</b>	<b>7 (5)</b>	<b>7 (7)</b>

Personal a tiempo parcial en paréntesis

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	-	-	-	-
Vehículos (2 ruedas)	-	-	3	3
Embarcaciones	-	-	-	-
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

STA. LUCIA (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE MANTENIMIENTO

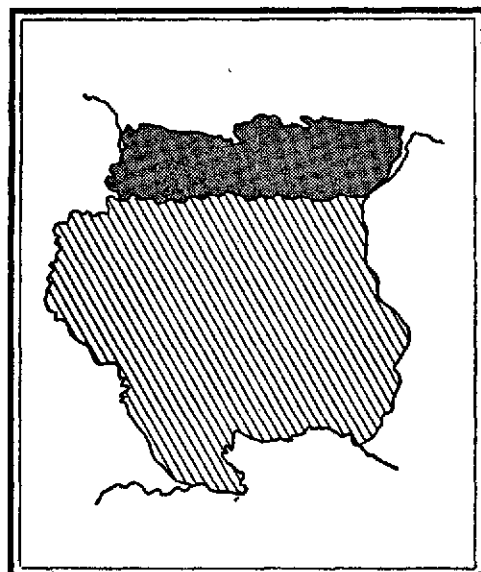
Año	Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección					Especie de parásitos							
						Autóctonos	Recaladas	Importados del exterior	de otras áreas dentro del país	Inducidos	Introducidos	No clasificados	P. falciparum	P. vivax	P. malariae			
1962	4o. Trimestre	82	5 059	24.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
1963	1o.	82	3 530	17.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	2o.		3 764	18.4	6	-	-	-	-	-	-	3 <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	6
	3o.		2 834	13.8	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	4o.		5 008	24.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1964	1-4	84	13 368	15.9	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	

(a) Origen desconocido.

Pafs: SURINAM

Cobertura total incluída: 5 de mayo de 1958

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



	Población (millares)	Area km <sup>2</sup>
<b>TOTAL DEL PAIS</b>	<b>315</b>	<b>163 820</b>
Areas no maláricas	125	70
Areas maláricas iniciales		
Fase de Mantenimiento	0	0
Fase de Consolidación	128	5 600
Fase de Ataque	62	158 150
Fase Preparatoria	0	0
<b>Total, áreas maláricas iniciales</b>	<b>190</b>	<b>163 750</b>

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	-	46	46
Operaciones de evaluación	1	33	34
Administrativas y otras	-	31	31
Transporte	-	40	40
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>150</b>	<b>151</b>

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

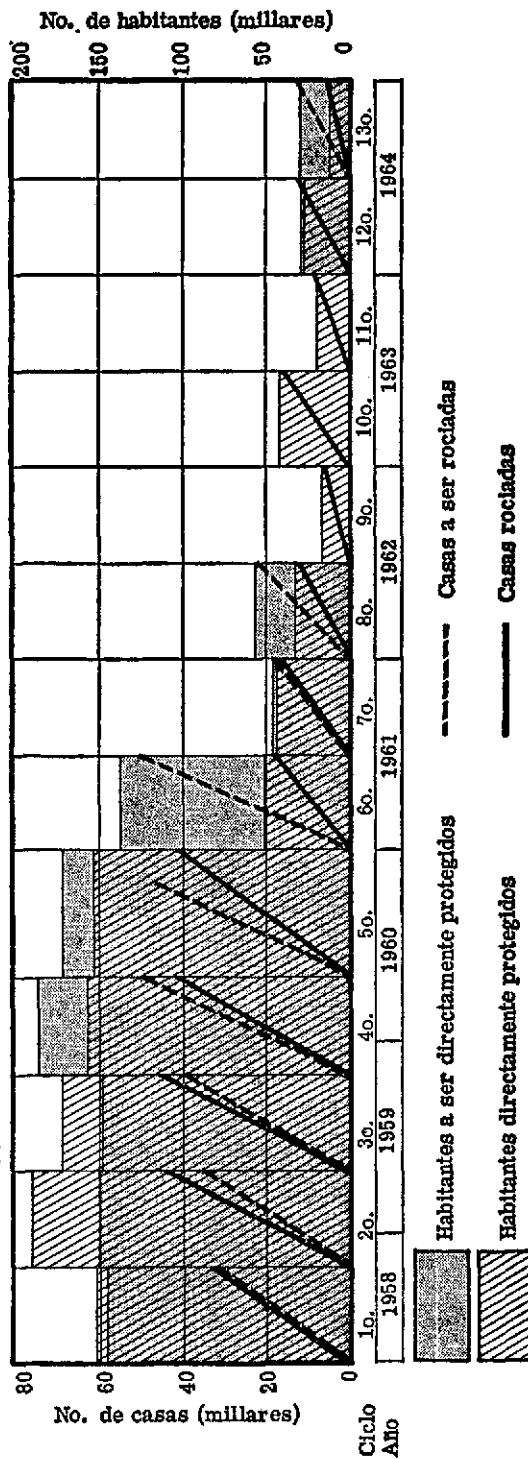
Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehículos (4 ruedas)	4	1	4	9
Vehículos (2 ruedas)	-	10	-	10
Embarcaciones	-	-	24	24
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>28</b>	<b>43</b>

SURINAM (Cont.)

OPERACIONES DE ROCIADO

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas						Habitantes directamente protegidos		Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador por día
		DDT		Dieldrín		Rociadas	Ciclo	Planeado	Rociadas	DDT	Dieldrín	
		Ciclo	Planeado	Ciclo	Planeado							
1o.	May. 58-Abr. 59	1o.	32 722	31 299	1o.	(a)	2 554	147 314	152 422	310	58	5.8
2o.	May. 59-Abr. 60	2o.	35 540	40 211	2o.	(a)	4 930	150 334	190 951	318	60	6.9
3o.	May. 60-Jun. 61	3o.	39 683	37 563	3o.	(a)	8 342	149 287	172 694	274	58	8.0
4o.	May. 60-Jun. 61	4o.	50 024	37 445	4o.	(a)	4 713	187 640	158 143	250	57	7.8
5o.	May. 60-Jun. 61	5o.	46 537	38 861	5o.	(a)	4 571	172 233	153 687	263	65	6.2
6o.	May. 60-Jun. 61	6o.	50 652	16 298	6o.	(a)	2 187	138 229	50 462	211	56	6.0
7o.	Jul. 61-Jun. 62	7o.	18 485	15 533	-	-	1 320	47 746	43 526	211	54	5.7
8o.	Jul. 61-Jun. 62	8o.	22 351	12 984	-	-	-	57 732b	33 537b	-	-	...
9o.	Jul. 62-Jun. 63	9o.	...	6 397	-	-	-	...	16 523b	-	-	...
10o.	Jul. 62-Jun. 63	10o.	...	16 681	-	-	-	...	42 558	-	-	...
11o.	Jul. 63-Jun. 64	11o.	...	8 458	-	-	-	...	19 164	-	-	...
12o.	Jul. 63-Jun. 64	12o.	12 824	5 603	1o.	(a)	6 605	29 300	27 893	175	61	6.5
13o.	Jul. 64-Dic. 64	13o.	12 824	682	2o.	(a)	4 708	28 693	12 060	217	62	6.3

(a) Incluidas en la columna de DDT. (b) Estimado.





SURINAM (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE ATAQUE

Año de cobertura total	Fecha	Muestras examinadas			Especies encontradas		
		Total No.	Positivas		P. falciparum	P. vivax	P. malariae
			Número	Porcentaje			
1o.	May. 58-Abr. 59	37 297	3547	9.51	3 356	71	120
2o.	May. 59-Abr. 60	46 158	1 944	4.21	1 665	7	272
3o.	May. 60-Jun. 61	43 012	1 007	2.34	938	3	66
4o.	Jul. 61-Jun. 62	20 267	543	2.68	515	-	28
5o.	Jul. 62-Jun. 63	20 643	1 443	6.99	1 416	7	20
6o.	Jul. 63-Jun. 64	31 090	1 305	4.20	1 271	5	29
7o.	Jul. 64-Dic. 64	9 027	1 182	13.09	1 171	-	11

## AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

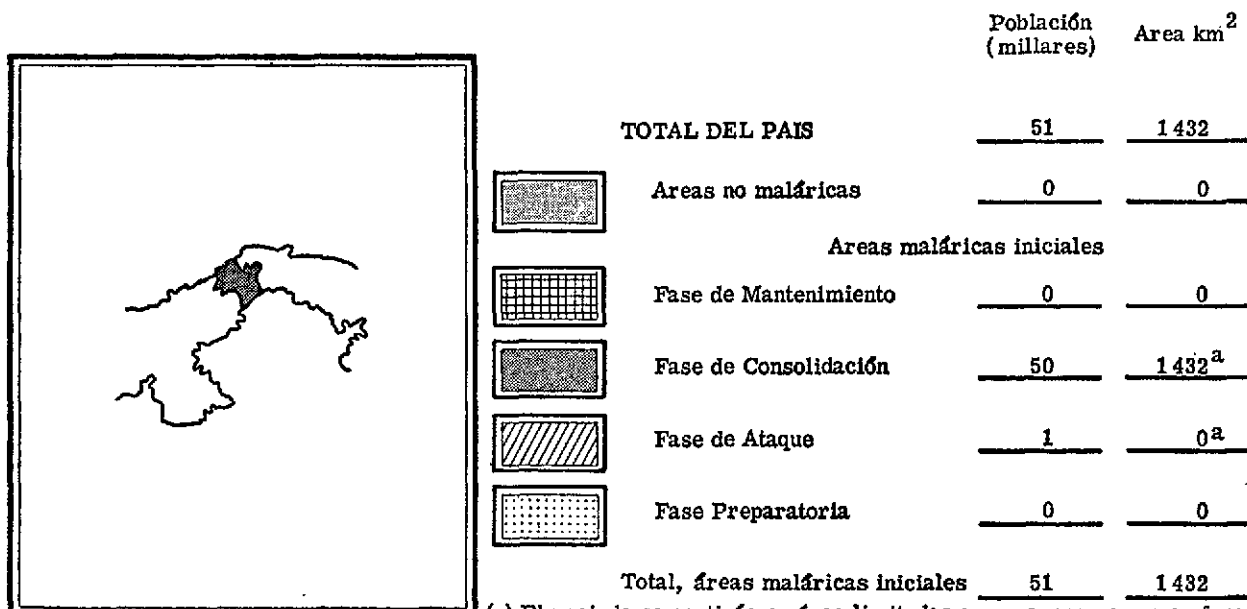
Año	Fecha	Población estimada en el área (millares) (a)	No. de muestras examinadas (b)	% de la población muestrada (anual)	Total de casos positivos (b)	Origen de la infección				Especie de parásitos					
						Autóctonos	Recalif-das	Importados		Indu-cidos	Introdu-cidos	No cla-sificados	P. falciparum	P. vivax	P. malar-iae
								del exterior	de otras áreas dentro del país						
1961	1o.		4 057	7.2	4	-	-	4	-	-	-	3	-	1	
	2o.	225	2 123	3.8	5	-	5	-	-	-	-	5	-	1	
	3o.		4 101	7.3	6	-	-	6	-	-	-	5	-	1	
	4o.		4 613	8.2	11	-	-	11	-	-	-	10	-	1	
1962	1o.		5 144	8.6	8	-	-	8	-	-	-	6	-	2	
	2o.	240	3 746	6.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
	3o.		5 352	8.9	3	1	-	2	-	-	-	1	-	2	
	4o.		4 783	8.0	11	-	-	11	-	-	-	10	-	1	
1963	1o.		8 899	14.8	9	-	-	9	-	-	-	9	-	-	
	2o.		11 054	18.4	4	-	-	4	-	-	-	3	-	1	
	3o.	240	9 012	15.0	13	-	-	13	-	-	-	12	1	-	
	4o.		9 896	16.5	7	-	-	7	-	-	-	4	2	1	
1964	1o.		11 207	17.7	3	-	-	3	-	-	-	3	-	-	
	2o.		13 444	21.3	6	-	-	6	-	-	-	5	-	1	
	3o.	253	12 309	19.5	10	-	-	10	-	-	-	8	1	1	
	4o.		16 491	26.1	19	-	-	19	-	-	-	19	-	-	

(a) Incluye la población de la ciudad de Paramaribo, considerada originalmente como área no malarica. (b) Incluye muestras tomadas y positivas, encontradas en Paramaribo, área originalmente no malarica.

País: ZONA DEL CANAL DE PANAMA

Cobertura total iniciada: 1957

## ESTADO DEL PROGRAMA DE MALARIA, DICIEMBRE 1964



(a) El rociado se continúa en área limitadas que aparecen como en fase de consolidación.

## PERSONAL

Actividad	Profesionales	No profesionales	Total
Operaciones de rociado	(1)	(26)	(27)
Operaciones de evaluación	(11)	(29)	(40)
Administrativas y otras	-	(2)	(2)
Transporte	-	(4)	(4)
<b>Total</b>	<b>(12)</b>	<b>(61)</b>	<b>(73)</b>

Personal a tiempo parcial en paréntesis

## FACILIDADES DE TRANSPORTE

Tipo	Operaciones de rociado	Operaciones de evaluación	Mixtas u otras actividades	Total
Vehculos (4 ruedas)	2 <sup>a</sup>	-	-	2 <sup>a</sup>
Vehculos (2 ruedas)	-	-	-	-
Embarcaciones	2 <sup>a</sup>	-	-	2 <sup>a</sup>
Animales	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>4<sup>a</sup></b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>4<sup>a</sup></b>

(a) Tiempo parcial

## ZONA DEL CANAL DE PANAMA (Cont.)

## OPERACIONES DE EVALUACION EPIDEMIOLOGICA, AREAS EN FASE DE CONSOLIDACION

Año	Fecha	Población estimada en el área (millares)	No. de muestras examinadas	% de la población muestreada (anual)	Total de casos positivos	Origen de la infección					Especie de parásitos			
						Autóctonos	Recaladas	Importados del exterior	Importados de otras áreas dentro del país	Inducidos	Introducidos	No clasificados	P. falciparum	P. vivax
1960	1-4	41	2 656	6.5	27	-	-	-	-	-	-	3	24	-
1961	1-4	41	5 984	14.6	25	-	-	-	-	-	-	2	23	-
1962	1-4	44	677	1.5	18	-	-	-	-	-	-	-	18	-
1963	1-4	47	21 008	44.7	22	1	16	-	-	-	-	2	20	-
1964	1-4	51	26 228	51.4	21	3	1	10	-	-	-	-	21	-

Cuadro 16

PERSONAL PROFESIONAL Y TECNICO DE LA OMS EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO, ASIGNADO A LOS PROYECTOS DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS EN LOS PAISES, INTER-PAISES, E INTER-ZONAS, DE 1962 HASTA EL 1o. DE MAYO DE 1965

Pafs u otra unidad política	Oficiales Médicos			Ingenieros Sanitarios			Inspectores Sanitarios			Entomólogos			Otros			
	1962	1963	1964	1965	1962	1963	1964	1965	1962	1963	1964	1965	1962	1963	1964	1965
	Argentina .....	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia .....	1	1	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	1a	1a	2b	2b
Brasil (Excl. São Paulo) .....	3	2	-	2	1	1	2	6	4	6	3	1	1c	1c	1d	1d
Brasil (São Paulo) .....	-	2	1	1	2	2	-	-	3	3	3	-	-	-	-	-
Colombia .....	1	-	-	1	1	1	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-
Costa Rica .....	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1d	1d	1d	1d
Cuba .....	1	1	2	2	1	1	1	1	4	4	3	2	-	-	-	-
Ecuador .....	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1
El Salvador .....	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Guatemala .....	1	2	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	1d	1d	1d	1d
Haití .....	1	1	2	2	1	1	1	1	3	3	3	3	1d	1d	1d	1d
Honduras .....	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1
Jamaica .....	1	1	1	1	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	-	-
México .....	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2e	2e	-	-
Nicaragua .....	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	3	3	1d	1d	-	-
Panamá .....	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	-	-	-	-
Paraguay .....	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1
Perú .....	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	4	4	-	-	-	-
República Dominicana .....	1	1	2	1	1	1	1	1	3	3	2	2	1	1	2ad	2ad
Belice .....	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guayana Británica .....	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	1	-	-	-	-
Islas Solavento .....	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3	3	-	-	-	-
Surinam .....	1	1	1	1	-	-	-	-	3	3	3	3	1e	1e	1e	1e
Proyectos inter-zonas o inter-paises .....	9	8	7	8	2	2	1	1	-	-	-	-	13f	14E	8h	8i
Total .....	33	32	31	30	19	19	16	14	50	49	46	47	13	22	15	15

- Nada

(a) Oficial administrativo. (b) Oficial administrativo e ingeniero asistente. (c) Estadígrafo de malaria. (d) Ayudante de entomología. (e) Educador sanitario. (f) Cinco oficiales administrativos, un asistente de entomología, tres ayudantes de entomología, un técnico de laboratorio, un analista de operaciones, un asistente parasitólogo y un traductor. (g) Seis oficiales administrativos, un técnico de laboratorio, tres ayudantes de entomología, un asistente de entomólogo, un analista de operaciones, un asistente parasitólogo y un traductor. (h) Tres oficiales administrativos, un asistente de entomólogo, un oficial de programa, un analista de operaciones, un técnico de laboratorio y un educador sanitario. (i) Tres oficiales administrativos, un asistente de entomólogo, un oficial de programa, un analista de operaciones, un técnico de laboratorio y un educador sanitario.

Cuadro 17

**BECAS PARA VIAJES DE ESTUDIO EN PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA  
EN 1963 y 1964**

País u otra unidad política	Total		Médicos		Ingenieros		Entomólogos		Otros	
	1963	1964	1963	1964	1963	1964	1963	1964	1963	1964
Argentina .....	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-
Brasil .....	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Colombia .....	-	2	-	1	-	1	-	-	-	-
Costa Rica .....	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Cuba .....	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador .....	1	2	-	1	-	1	1	-	-	-
El Salvador .....	1	1	1	-	-	-	-	1	-	-
Guatemala .....	1	1	1	-	-	1	-	-	-	-
Haití .....	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
México .....	4	-	2	-	1	-	1	-	-	-
Nicaragua .....	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Panamá .....	2	-	-	-	-	-	1	-	1 <sup>a</sup>	-
Paraguay .....	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Perú .....	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-
República Dominicana	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago ...	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Guayana Británica ...	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
<b>Total .....</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-</b>

- Nada

(a) Administrador

Cuadro 18

## EQUIPO Y SUMINISTROS, EXCEPTO DROGAS, APORTADOS POR LA OPS A LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA, DE 1958 A DICIEMBRE DE 1964

País u otra unidad política	Equipo de protección					Equipo de laboratorio					Otros						
	Cascos	Bandas	Viseras	Gautes	Ponchos	Chalecos Salva- vidas	Tubos para el correo	"Surgi- tube" (rollos)	Tubos de plás- tico	Micro- copios	Acceso- rios para micro- copios	Lámi- nas (grue- sas)	Veñfu- los y motores (a)	Insecti- cidas (lbs.)	Archi- vos kardex	Equipos de pruebas adultos	Equipos de pruebas Suscept. larvas
Argentina .....	-	-	-	-	-	-	6 000	10	20	1	22	-	-	-	-	1	-
Bolivia b .....	50	180	160	40	80	55	10 000	15	70	1	-	-	-	-	-	5	-
Brasil c .....	-	-	-	-	-	90	283 000	32	40	90	17	-	-	-	-	51	8
Colombia d .....	-	-	-	-	-	450	100 000	10	20	3	2	-	-	-	-	17	2
Costa Rica .....	-	-	-	-	-	35	500	40	52	-	-	-	-	-	-	1	-
Cuba .....	-	-	-	-	-	-	10 000	20	20	10	1	-	-	-	-	-	3
Ecuador .....	481	412	824	206	206	151	50 000	30	20	2	15	-	-	-	-	4	-
El Salvador .....	230	476	952	238	238	30	20 000	190	56	4	6	3	2 900	24	4	4	1
Guatemala .....	541	500	1 000	250	255	24	35 000	40	52	2	2	1 340	-	7	2	2	1
Haití f .....	341	682	1 364	341	341	40	9 000	11	-	1	8	-	-	-	1	1	2
Honduras .....	165	330	660	165	165	10	20 000	60	52	1	2	70	-	1	2	2	2
Jamaica g .....	25	200	400	194	209	75	22 500	10	20	-	-	-	-	-	1	8	12
México h .....	-	-	-	-	-	117	555 040	108	15	-	-	-	-	-	-	37	1
Nicaragua .....	117	234	468	117	117	50	21 000	100	64	3	4	157	-	65	4	1	1
Panamá i .....	137	274	548	137	137	50	19 000	62	52	4	2	35	-	28	3	3	1
Paraguay .....	174	808	408	102	773	40	30 000	18	20	1	-	-	-	-	6	6	1
Perú .....	618	1 236	3 672	368	668	200	75 000	10	20	2	1	-	46 410	24	3	3	2
Rep. Dominicana j .....	366	332	664	166	166	-	17 000	28	20	3	-	-	-	-	3	3	1
Trinidad y Tabago .....	-	-	-	-	-	-	1 150	10	20	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice .....	61	38	76	19	19	10	1 900	10	20	-	1	-	-	-	1	1	-
Dominica .....	-	-	-	-	-	-	630	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Granada .....	-	-	-	-	-	-	120	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guayana Británica .....	36	72	144	36	36	-	2 000	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-
Guayana Francesa l .....	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	1
Sa. Lucía .....	-	-	-	-	-	-	110	10	20	-	-	-	-	-	-	-	-
Surinam o .....	55	10	20	5	5	-	2 550	26	20	2	-	-	-	-	2	1	1
Total P .....	3 347	5 784	11 360	2 444	3 415	1 260	1 291 500	850	693	133	88	1 602	39 (8)	49 310	187	157	87

- Nada.

(a) Camionetas mixtas, salvo que se indique lo contrario; motores marinos entre paréntesis. (b) Más \$750,00 para compra local de llantas. (c) Más \$3.707,00 en artículos diversos. (d) Más \$542,50 en artículos diversos. (e) Más \$13,50 en artículos diversos. (f) Más \$21,20 en artículos diversos. (g) 210 000 galones imperiales de kerosene también fueron provistos. (h) Más 8 500 lancetas para toma de muestras de sangre y \$39,80 en artículos diversos. (i) Más \$20,00 en artículos diversos. (j) Más \$400,00 en artículos diversos. (k) Motocicleta. (l) Más \$1.194,00 en artículos diversos. (m) Dos motocicletas. (n) Una camioneta mixta y dos motocicletas. (o) Más \$4.763,72 en artículos diversos. (p) Más \$11.302,24 en artículos diversos para proyectos inter-zonales.

Cuadro 19

DROGAS SUMINISTRADAS POR LA OPS A LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA, 1958-1964  
(en millares de tabletas)

País u otra unidad política	1958-1963 <sup>a</sup>				1964 <sup>b</sup>				Total				
	Cloro- quina 150 mg.	Primaquina		Cloro- quina 150 mg.	Primaquina 15 mg.	Primaquina 5 mg.	Pirime- tamina 25 mg.	Cloro- quina 150 mg.	Cloro- quina 150 mg.	Primaquina		Pirime- tamina 25 mg.	Cloro- quina 150 mg.
		15 mg.	5 mg.							15 mg.	5 mg.		
Argentina .....	1 144	65	35	-	-	-	-	-	-	65	35	297	-
Bolivia .....	2 865	63	30	600	27	10	-	-	-	90	40	21	10
Brasil (Excl. São Paulo) .....	34 613	358.5	174	15	300	120	-	-	-	658.5	294	-	200
Brasil (São Paulo) .....	2 143	87.5	19	-	30	7	-	-	-	117.5	26	184	-
Colombia .....	11 176	304.5	129.5	1 200	70	(10)	-	-	-	374.5	119.5	664	-
Costa Rica .....	1 024	133	35	1 200	14	(9)	-	-	-	147	26	213	1 385
Cuba .....	830	30	14	500	-	10	-	-	-	30	24	80	-
Ecuador .....	2 590	93.5	90	2 800	172	100	-	-	-	265.5	190	195	-
El Salvador .....	2 790	187.5	65	1 800	(30)	175	10	-	-	157.5	240	128	2 070
Guatemala .....	4 269	367	59	1 100	277	-	-	(22)	-	644	59	27	8 049
Haití .....	4 238	82.5	-	1 382	-	-	-	-	-	82.5	-	280	-
Honduras .....	4 719	231.6	229	(25)	23 230	(75) 225	-	-	-	436.6	379	88	1 290
Jamaica .....	879	18	-	288	-	-	-	-	-	18	-	288	50
México .....	12 511	1 172	1 151	2 000	1 000	1 000	(10)	(1 408)	-	2 172	2 151	5 250	4 092
Nicaragua .....	3 399	117.5	83	1 000	95	79	-	1 408	-	212.5	162	6	6 933
Panamá .....	1 922	162.5	23	350	40	5	-	-	-	202.5	28	146	-
Paraguay .....	2 200	25	5	630	2	2	-	-	-	25	7	48	-
Perú .....	7 456	569.5	138	500	(10) 60	50	-	-	-	619.5	188	196	-
República Dominicana .....	2 694	89	184	500	(20)	4	-	-	-	19	168	10	-
Trinidad y Tabago .....	965	940.5	859	500	-	-	-	-	-	940.5	859	180	-
Belice .....	190	14	13	10	-	-	-	-	-	14	13	6	22
Dominica .....	90	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	45	-
Granada .....	43	0.5	-	-	-	-	-	-	-	0.5	-	45	-
Guayana Británica .....	286	181.5	73	-	-	-	-	-	-	181.5	73	267	-
Guayana Francesa .....	-	-	-	30	1	-	-	-	-	1	-	-	32
Sta. Lucía .....	68	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	70	-
Surinam .....	1 043	9	10	2	1	-	-	-	-	10	10	497	200
Total .....	106 147	5 254.6	3 399.5	13 494	2 232	1 693	-	-	-	7 486.6	5 092.5	9 231	24 333

- Nada.

Las cifras entre paréntesis representan transferencias a otros programas.

(a) Además se proveyeron 258 500 tabletas de aspirina, 400 000 tabletas de camoprina, 56 120 lbs. difosfato de cloroquina, 3510 lbs. de fosfato tricálcico, 20 Tons. de arseniato de calcio, 401 000 tabletas de aspirina-cafeína, y 20 000 tabletas de sulfato de quinina.

(b) Cantidades revisadas de acuerdo a transferencia habidas entre algunos países durante 1964. Además, se proveyeron 5 000 tabletas de sulfato de quinina, 10 000 tabletas de aspirina-cafeína, 20 000 tabletas de aspirina y un Kg. de silicato-cloroquina en polvo.

Cuadro 20

APORTACIONES INTERNACIONALES A LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA  
EN LAS AMERICAS, 1964 Y ESTIMADO PARA 1965

(en dólares EUA)

Pafs u otra unidad política	Fecha de iniciación de la cobertura total	1964				1965 (estimado)			
		OPS/FEM	OMS y AT/OMS	UNICEF <sup>a</sup>	AID(EUA) (año fis- cal) b	OPS/FEM	OMS y AT/OMS	UNICEF <sup>a</sup>	AID(EUA) (año fis- cal) b
Argentina .....	Ago. 1959	17 467	-	49 900	-	29 149	-	100 000	-
Bolivia .....	Sep. 1958	65 142	-	67 100	268 000 <sup>c</sup>	64 054	-	28 000	200 000 <sup>c</sup>
Brasil (excl. São Paulo)	Ago. 1959 <sup>d</sup>	201 882	-	-	210 758 <sup>e</sup>	334 785	12 000	-	125 000
Brasil (São Paulo) ...	Ene. 1960	35 930	-	-	-	16 815	-	-	-
Colombia .....	Sep. 1958	171 670	-	182 800	-	208 304	-	300 000	-
Costa Rica .....	Jul. 1957	61 701	11 820	20 700	-	34 658	36 356	20 000	-
Cuba .....	1962	-	101 769	-	-	-	64 193	-	-
Ecuador .....	Mar. 1957	107 547	16 562	303 600	330 000	101 856	20 727	200 000	250 000
El Salvador .....	Jul. 1956	110 389	28 944	216 100	200 000	57 993	71 886	30 000	100 000 <sup>f</sup>
Guatemala .....	Ago. 1956	113 514	-	108 200	140 000	67 731	69 569	180 000	250 000 <sup>g</sup>
Haití .....	Ene. 1962	113 644	10 000	297 200	1 488 200	109 009	-	250 000	1 400 000
Honduras .....	Jul. 1959	78 754	-	153 000	116 000	20 653	36 534	25 000	150 000 <sup>h</sup>
Jamaica .....	Ene. 1958	-	-	4 200	15 000	-	-	4 000	-
México .....	Ene. 1957	46 949	102 956	1 669 200	-	75 168	214 539	1 200 000	-
Nicaragua .....	Nov. 1958	116 917	-	40 300	335 000 <sup>i</sup>	64 917	69 979	110 000	100 000 <sup>j</sup>
Panamá .....	Ago. 1957	88 144	-	144 600	-	43 497	66 075	130 000	-
Paraguay .....	Oct. 1957	35 338	-	-	-	79 967	-	-	-
Perú .....	Nov. 1957	136 766	-	255 300	-	111 549	-	220 000	-
República Dominicana	Jun. 1958	155 975	-	303 300	-	124 619	-	200 000	-
Trinidad y Tabago ...	Ene. 1958	-	-	200	-	-	-	-	-
Belice .....	Feb. 1957	14 078	-	4 200	-	500	-	-	-
Dominica .....	Jun. 1959	12 964	-	-	-	-	-	-	-
Guayana Británica ...	Ene. 1947	27 124	-	4 200	-	19 414	-	4 000	-
Guayana Francesa ...	Sep. 1963 <sup>k</sup>	127	-	-	-	13 263	-	-	-
Sta. Lucía .....	Ene. 1956	-	-	-	-	-	-	-	-
Surinam .....	May. 1958	105 409	-	13 000	-	102 833	-	12 000	-
Proyectos Inter-paises y Servicios Generales		337 880 <sup>l</sup>	153 308 <sup>l</sup>	-	18 000	217 039 <sup>l</sup>	253 940 <sup>l</sup>	-	-
<b>Total .....</b>		<b>2 155 311</b>	<b>425 359</b>	<b>3 837 100</b>	<b>3 120 958</b>	<b>1 897 773</b>	<b>915 798</b>	<b>3 013 000</b>	<b>2 575 000</b>

- Nada

(a) Cifras redondeadas al millar; no incluye costos de embarque. (b) El año fiscal de la AID no coincide necesariamente con los años fiscales de los países. (c) Fondos de contrapartida. (d) Programa desarrollado por etapas, fecha de la primer área. (e) \$210.758 en ayuda técnica, además un préstamo en negociación de \$6 500 000 para los años 1964 y 1965. (f) Además un préstamo en negociación para costos locales durante 1965 a 1968 de \$990.000. (g) Además un préstamo en negociación de \$1.900.000 para costos locales de 1965 a 1968. (h) Además un préstamo en negociación de \$920.000 para costos locales de 1965 a 1968. (i) \$200.000 en una subvención a IAPSP. (j) Además un préstamo en negociación de \$2.400.000 para costos locales de 1965 a 1968. (k) Fecha en que se firmó el acuerdo entre la Prefectura de la Guayana Francesa y la OPS. (l) No incluye los fondos de OPS/Regular y OMS/Regular para la Oficina de Washington.



### Anexo 3

## CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS<sup>1</sup>

De conformidad con lo dispuesto en la Resolución XXVI<sup>2</sup> aprobada en la XIII Reunión del Consejo Directivo, se presenta, para su debido estudio por el Consejo Directivo, la Revisión 4 del Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria.

En este documento se incluye el cálculo de los requerimientos totales en cada año, desde 1965 hasta 1969 inclusive, para los programas de los países, así como para los proyectos de zona y regionales y de la Sede. Estos requerimientos se indican por fuente de los fondos: Gobierno y otras fuentes, y OPS/OMS.

En la sección correspondiente a la OPS/OMS se incluye información sobre el Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria, y sobre el financiamiento con fondos de los presupuestos ordinarios de la OPS y de la OMS, de la Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación del Paludismo y del Programa Ampliado de Asistencia Técnica.

En los cuadros se presentan por separado para la OPS/OMS, el cálculo de los requerimientos en lo que respecta personal, suministros y equipo, becas, subvenciones y otros gastos para cada uno de los programas en que participa la OPS/OMS. Se han usado los métodos de cálculo presupuestario que se emplean corrientemente en la Organización. Todas las cifras se dan en dólares de los E.U.A.

El nivel de los requerimientos del Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria en 1967, 1968 y 1969 se ha visto afectado adversamente por el agotamiento previsto en la Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación del Paludismo, que aportará una suma considerable para el programa en 1965 y 1966.

Los cuadros en que se detalla el personal por tipo y año para cada programa se presentan en la forma habitual, como también una breve descripción del

estado del programa y los planes de la Organización para el futuro. Cuando procede, se indica la colaboración del UNICEF y de la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos de América.

No se indican ni se incluyen en el cuadro resumido los requerimientos de los programas en que la Organización no participa directamente.

Los cálculos de las cantidades indicadas se efectuaron en mayo de 1965 y se basan en la información disponible en esa fecha acerca de la marcha de las campañas y su duración probable. La experiencia ha demostrado que la evaluación frecuente de los programas es necesaria y entraña una constante revisión de los requerimientos previstos, especialmente en el caso de programas que hacen frente a problemas técnicos. Por lo tanto, el cálculo presentado en este documento debe considerarse como el nivel mínimo previsto.

En el curso de 1964 se lograron algunos progresos en la solución de problemas administrativos, de personal y finanzas en varios programas importantes, y no surgieron nuevos problemas técnicos de carácter grave. En cambio, durante 1964 y 1965 se intensificaron las dificultades en Centro América, que se mencionan en el Anexo 2 (véase pág. 226); los recursos disponibles no fueron suficientes ni siquiera para mantener los progresos logrados y la incidencia de la malaria aumentó, en algunos lugares en forma pronunciada. Los Gobiernos de los países interesados realizan las gestiones necesarias a fin de proporcionar el financiamiento adecuado para el trienio de 1965-1967, pero la labor de erradicación se ha prolongado y tornado mucho más difícil por el deterioro que ha ocurrido. Los problemas técnicos tienen solución y esta ha sido prevista en nuevos planes de actividades a largo plazo en los programas centroamericanos. La OPS/OMS está reforzando su personal consultivo en la Zona III con el objeto de asegurar la máxima coordinación posible de las diversas campañas.

<sup>1</sup> Documento CD16/14 (2 de agosto de 1965).

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 41, 34.

## CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

## Resumen

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
COSTO TOTAL	44.677.560	55.065.357	54.957.942	41.989.900	29.361.916	226.052.675
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	41.655.000	52.030.000	52.019.000	39.225.000	27.115.000	212.044.000
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	2.391.853	2.474.564	2.461.402	2.386.650	1.954.266	11.668.735
Suministros y equipo	319.460	285.678	304.400	296.900	246.800	1.453.238
Becas	76.585	50.800	23.000	5.100	5.100	160.585
Subvenciones y otros	234.662	224.315	150.140	76.250	40.750	726.117
SUB-TOTAL OPS/OMS	3.022.560	3.035.357	2.938.942	2.764.900	2.246.916	14.008.675

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	76.223	79.761	80.742	84.000	87.000	407.726
OPS-FEM	1.897.773	1.729.894	2.293.661	2.126.102	1.633.906	9.681.336
OMS-Reg.	277.052	455.001	469.000	458.550	420.328	2.079.931
OMS-CEEP	686.246	684.596	-	-	-	1.370.842
OMS-AT	85.266	86.105	95.539	96.248	105.682	468.840
TOTAL	3.022.560	3.035.357	2.938.942	2.764.900	2.246.916	14.008.675

## PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	42	40	40	38	36
Ing. Sanitario	19	16	14	14	9
Entomólogo	10	9	8	7	3
Educador Sanitario	2	2	2	2	1
Inspector Sanitario	55	53	53	47	35
Ayudante o Auxiliar de Entomología	6	5	5	6	1
Otros	21	21	20	20	17
TOTAL	155	146	142	134	102

## OBSERVACIONES

1/ No se incluyen los costos estimados para Jamaica, Indias Occidentales, Trinidad y Tabago y Venezuela.

En los cálculos se incluyen proyectos de campo, servicios complementarios de las Oficinas de Zona y el Departamento de Erradicación de la Malaria.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
Argentina

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	1.593.149	1.364.155	1.244.316	1.245.066	835.816	6.282.502
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	1.564.000	1.328.000	1.210.000	1.210.000	800.000	6.112.000
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>	29.149	36.155	34.316	35.066	35.816	170.502
Personal y viajes	21.549	29.755	31.316	32.066	32.816	147.502
Suministros y equipo	2.500	3.000	3.000	3.000	3.000	14.500
Becas	5.100	3.400	-	-	-	8.500
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	29.149	36.155	34.316	35.066	35.816	170.502

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	29.149	36.155	34.316	35.066	35.816	170.502
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	29.149	36.155	34.316	35.066	35.816	170.502

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	-	-	-	-	-
Ing. Sanitario	1	1	1	1	1
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	1	1	1	1	1
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	2	2	2	2	2

**OBSERVACIONES**

El UNICEF colabora en este programa.

La fase de ataque empezó en 1959, excepto en las provincias de El Chaco y Formosa, aún no sometidas a cobertura total. Se espera completar la fase de consolidación en 1970.

La OPS facilita los servicios de un ingeniero sanitario y de un sanitario, así como drogas antimaláricas para el tratamiento presuntivo de casos de fiebre y la cura radical de los casos confirmados de malaria. Se conceden becas a fin de contribuir a reforzar el personal de evaluación epidemiológica como medida preliminar para extender la fase de consolidación.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
**Bolivia**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	644.054	446.744	343.137	255.127	239.117	1.928.179
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	580.000	375.000	270.000	200.000	200.000	1.625.000
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	59.054	64.744	66.137	50.127	34.117	274.179
Suministros y equipo	5.000	7.000	7.000	5.000	5.000	29.000
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	64.054	71.744	73.137	55.127	39.117	303.179

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	64.054	71.744	73.137	55.127	39.117	303.179
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	64.054	71.744	73.137	55.127	39.117	303.179

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	1	1	1	1	1
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	3	3	3	2	1
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	4	4	4	3	2

**OBSERVACIONES**

El UNICEF y la AID colaboran en este programa.

El programa experimentó un retroceso a fines de 1963 y la primera parte de 1964 debido a una grave crisis financiera, y si bien las perspectivas de erradicación siguen siendo excelentes, el logro de este objetivo se retrasará debido a la siembra de parásitos maláricos. Las actividades de la fase de ataque continuaron en la zona fronteriza del norte y en áreas de transmisión persistente en varios valles hidrográficos.

Además de servicios de consultores, la OPS proporciona drogas antimaláricas para la cura radical de casos y su administración en focos residuales en las áreas en fase de consolidación.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
Brasil (excl. São Paulo)

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	10.006.785	12.686.827	15.049.164	16.262.164	12.856.514	66.861.454
<b>APORTES BOB. OTRAS FUENTES</b>	9.660.000	12.375.000	14.700.000	15.910.000	12.500.000	65.145.000
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	231.185	236.449	244.064	247.064	251.414	1.210.176
Suministros y equipo	110.500	70.278	100.000	100.000	100.000	480.778
Becas	5.100	5.100	5.100	5.100	5.100	25.500
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	346.785	311.827	349.164	352.164	356.514	1.716.454

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	334.785	241.549	335.814	340.164	344.514	1.596.826
OMS-Reg.	12.000	70.278	13.350	12.000	12.000	119.628
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	346.785	311.827	349.164	352.164	356.514	1.716.454

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	5	5	5	5	5
Ing. Sanitario	3	2	2	2	2
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	4	4	4	4	4
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	2	2	2	2	2
<b>TOTAL</b>	14	13	13	13	13

**OBSERVACIONES**

La AID colabora en este programa.

En el Brasil la erradicación se está llevando a cabo por fases que se extienden gradualmente para abarcar toda el área malárica. El programa recibió nuevo impulso en 1964 y se espera que todas las áreas se encontrarán en la fase de ataque en 1968. Se proyecta incorporar algunas a la fase de consolidación en 1965.

Además de servicios de consultores, la OPS/OMS facilita drogas para tratamiento presuntivo y becas.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
**Brasil (São Paulo)**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	2,256,815	1.018,384	819,166	400,400	200,400	4,695,165
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	2,240,000	1.000,000	800,000	400,000	200,000	4,640,000
<b>APORTE DE LA OPS/DMS.</b>						
Personal y viajes	14,915	17,984	18,766	-	-	51,665
Suministros y equipo	200	400	400	400	400	1,800
Becas	1.700	-	-	-	-	1,700
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/DMS</b>	16,815	18,384	19,166	400	400	55,165

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/DMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	16,815	18,384	19,166	400	400	55,165
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	16,815	18,384	19,166	400	400	55,165

## PERSONAL DE OPS/DMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	1	1	1	-	-
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	-	-	-	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	1	1	1	-	-

## OBSERVACIONES

La AID colabora en este programa.

Este programa se ha desarrollado muy satisfactoriamente desde el principio de la fase de ataque en 1960 y se espera terminar la fase de consolidación en 1968. Se debe tener mucho cuidado para evitar la reiniciación de la transmisión mediante la importación de casos de los Estados vecinos del Brasil que estén menos avanzados en la erradicación. En virtud del programa se llevan a cabo algunas actividades para combatir la enfermedad de Chagas a medida que llega a su término la labor de erradicación de la malaria.

La OPS proporciona drogas para el tratamiento de casos y la eliminación de focos residuales. También facilita becas.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
Brasil -0202

Centro de Adiestramiento para la Erradicación de la Malaria

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	5.000	5.000	5.000	5.000	-	20.000
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	1/	1/	1/	1/	-	1/
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	-	-	-	-	-	-
Suministros y equipo	-	-	-	-	-	-
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	5.000	5.000	5.000	5.000	-	20.000
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	5.000	5.000	5.000	5.000	-	20.000

FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	5.000	5.000	5.000	5.000	-	20.000
OMS-Reg	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	5.000	5.000	5.000	5.000	-	20.000

PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	-	-	-	-	-
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	-	-	-	-	-
Ayudante u Auxiliar de Entomólogo	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	-	-	-	-	-

1/ El aporte del Gobierno se incluye en Brasil (São Paulo)

**OBSERVACIONES**

Se concede una subvención a la Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo para sufragar los gastos de equipo, materiales de enseñanza y personal auxiliar relacionados con los cursos sobre las técnicas de erradicación de la malaria. En dichos cursos personal nacional y becarios de la OPS reciben adiestramiento.

Se prevé que este programa continuará hasta 1968 inclusive, fecha en que es de esperar que disminuya la necesidad de adiestramiento.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
Colombia

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	3.568,304	3.154.746	2.562,627	1,891.777	1.405.727	12,583,181
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	3.360,000	2.940.000	2.350,000	1,680,000	1,290,000	11,620,000
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	180,104	189,946	191,227	193,777	97,727	852,781
Suministros y equipo	18,000	18,000	18,000	18,000	18,000	90,000
Becas	10,200	6,800	3,400	-	-	20,400
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	208,304	214,746	212,627	211,777	115,727	963,181

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	208,304	214,746	212,627	211,777	115,727	963,181
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	208,304	214,746	212,627	211,777	115,727	963,181

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	1	1	1	1	1
Ing. Sanitario	2	2	2	2	1
Entomólogo	1	1	1	1	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	6	6	6	6	4
Ayudante o Auxiliar de Entomología	2	2	2	2	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	12	12	12	12	6

**OBSERVACIONES**

La fase de ataque empezó en 1958 y actualmente 6,100.000 personas viven en áreas en fase de consolidación. Hay todavía una zona de escasa densidad de población, con 362.000 habitantes, en la que no se aplican actualmente medidas de erradicación. En las áreas de transmisión persistente se adoptan medidas especiales.

La OPS facilita drogas antimaláricas para el tratamiento de casos y la eliminación de focos residuales, así como becas para fortalecer el personal del programa.



**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
Costa Rica

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	608.014	643.785	607.398	398.536	203.114	2.460.847
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	537.000	570.000	530.000	320.000	150.000	2.107.000
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	63.014	65.785	69.398	70.536	45.114	313.847
Suministros y equipo	8.000	8.000	8.000	8.000	8.000	40.000
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	71.014	73.785	77.398	78.536	53.114	353.847

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	34.658	35.178	35.674	34.174	8.000	147.684
OMS-Reg.	-	-	41.724	44.362	45.114	131.200
OMS-CEEP	36.356	38.607	-	-	-	74.963
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	71.014	73.785	77.398	78.536	53.114	353.847

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	1	1	1	1	1
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	3	3	3	3	1
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	4	4	4	4	2

**OBSERVACIONES**

El UNICEF colabora en este programa.

Este programa ha progresado satisfactoriamente en la mayoría de las áreas, pero todavía existen algunas regiones de transmisión persistente, la que se ha debido, según se estima, a la excito-repelencia del vector al DDT y al hábito del mosquito de picar al aire libre. Se había proyectado sustituir el insecticida por dieldrin en semiciclos anuales, pero por razones financieras esto no fue posible, y durante 1964 surgieron brotes maláricos en áreas en fase de consolidación.

Además de los servicios de consultores, la OPS/OMS proporciona drogas antimaláricas para el tratamiento de casos y la eliminación de focos residuales.

## CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

## Cuba

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
COSTO TOTAL	2,045,359	1,265,844	812,329	444,574	-	4,568,106
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	1,981,000	1,200,000	750,000	400,000	-	4,331,000
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	51,959	53,444	51,329	33,574	-	190,306
Suministros y equipo	10,000	10,000	10,000	10,000	-	40,000
Becas	1,400	1,400	-	-	-	2,800
Subvenciones y otros	1,000	1,000	1,000	1,000	-	4,000
SUB-TOTAL OPS/OMS	64,359	65,844	62,329	44,574	-	237,106

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	-	-	-	-	-	-
OMS-Reg.	64,359	65,844	62,329	44,574	-	237,106
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
TOTAL	64,359	65,844	62,329	44,574	-	237,106

## PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	1	1	1	1	-
Ing. Sanitario	1	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	2	2	2	1	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
TOTAL	4	3	3	2	-

## OBSERVACIONES

Las actividades de la fase de ataque se iniciaron en 1962 y desde entonces la incidencia de la malaria ha disminuido en forma notable, aunque todavía no se ha interrumpido completamente la transmisión. La escasez de equipo y medios de transporte han obstaculizado el desarrollo de la campaña.

La OMS proporciona servicios de consultores, drogas antimaláricas y becas.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
Ecuador

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	1,287,583	1,046,213	946,194	691,251	445,620	4,416,861
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	1,165,000	930,000	850,000	630,000	400,000	3,975,000
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	109,183	102,813	88,194	53,251	39,620	393,061
Suministros y equipo	10,000	10,000	8,000	8,000	6,000	42,000
Becas	3,400	3,400	-	-	-	6,800
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	122,583	116,213	96,194	61,251	45,620	441,861

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	101,856	96,722	74,324	40,617	22,607	336,126
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	20,727	19,491	21,870	20,634	23,013	105,735
<b>TOTAL</b>	122,583	116,213	96,194	61,251	45,620	441,861

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	2	2	2	1	1
Ing. Sanitario	1	1	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	4	3	3	2	1
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	7	6	5	3	2

**OBSERVACIONES**

**El UNICEF y la AID colaboran en este programa.**

La fase de ataque se inició en 1957 y se reorganizó en 1961. Más de un millón de personas se encuentran actualmente en áreas en fase de consolidación, y se han obtenido buenos resultados en un 70% de las áreas en fase de ataque. En las áreas restantes la transmisión persistente se combate con medidas especiales adaptadas a las diversas causas de la persistencia.

La OPS/OMS facilita servicios de personal, drogas antimaláricas y becas. Con fondos de la OMS/AT se facilitan los servicios de un oficial médico.

## CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

## El Salvador

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
COSTO TOTAL	1,042,879	1,102,722	1,087,032	634,884	486,634	4,354,151
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	913,000	975,000	960,000	500,000	350,000	3,698,000
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	117,819	113,422	112,732	124,884	126,634	595,491
Suministros y equipo	10,360	10,000	10,000	10,000	10,000	50,360
Becas	1,700	4,300	4,300	-	-	10,300
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
SUB-TOTAL OPS/OMS	129,879	127,722	127,032	134,884	136,634	656,151

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	57,993	33,539	33,787	39,737	39,987	205,043
OMS-Reg.	71,886	94,183	93,245	95,147	96,647	451,108
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
TOTAL	129,879	127,722	127,032	134,884	136,634	656,151

## PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	2	2	2	2	2
Ing. Sanitario	1	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	3	3	3	3	3
Ayudante o Auxiliar de Entomología	1	1	1	1	1
Otros	-	-	-	-	-
TOTAL	7	6	6	6	6

## OBSERVACIONES

EL UNICEF y la AID colaboran en este programa.

La resistencia del vector al DDT y al dieldrin en extensas áreas de la costa ha dificultado considerablemente la marcha del programa, y si bien se logró interrumpir la transmisión en muchas áreas del país, en 1964 la re-infección se propagó de las áreas problema a algunas de las anteriormente libres de la enfermedad. El Gobierno está procurando destinar un presupuesto nacional adecuado para 1965 y años siguientes, que permita combatir eficazmente la enfermedad en las áreas problema.

La OPS/OMS facilita servicios de personal, drogas para el tratamiento de casos y becas para el adiestramiento de personal nacional.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**

Guatemala

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	1,944,300	1,982,572	1,893,675	1,453,329	758,089	8,031,965
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	1,807,000	1,837,000	1,750,000	1,300,000	680,000	7,374,000
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	125,300	128,872	126,975	138,329	63,089	582,565
Suministros y equipo	12,000	15,000	15,000	15,000	15,000	72,000
Becas	-	1,700	1,700	-	-	3,400
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	137,300	145,572	143,675	153,329	78,089	657,965

FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	67,731	64,683	143,675	153,329	78,089	507,507
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	69,569	80,889	-	-	-	150,458
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	137,300	145,572	143,675	153,329	78,089	657,965

PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	2	2	2	2	1
Ing. Sanitario	1	1	1	1	-
Entomólogo	1	1	1	1	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	3	3	3	3	2
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	7	7	7	7	3

**OBSERVACIONES**

La AID y el UNICEF colaboran en este programa.

La fase de ataque se inició en 1956 y permitió interrumpir la transmisión en la mayoría de las zonas maláricas, pero como consecuencia de problemas de resistencia del vector a los insecticidas y de grandes movimientos de población se han creado áreas de persistente transmisión. Debido a la falta de recursos para aplicar medidas complementarias de ataque en dichas áreas, la infección se ha propagado a otras que estaban libres de la enfermedad. Los problemas presupuestarios son objeto de gran atención por parte del Gobierno y se espera que en el curso de 1965 se podrán instituir medidas intensivas de ataque a fin de recuperar el terreno perdido e interrumpir la transmisión en todas las áreas.

Además de los servicios de personal, la OPS/OMS facilita drogas para el tratamiento de casos y becas para el adiestramiento de personal nacional.

## CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

## Haiti

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
COSTO TOTAL	1.937.009	1.886.733	1.477.111	1.076.211	659.001	7.036.065
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	1.828.000	1.760.000	1.350.000	950.000	550.000	6.438.000
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	87.309	111.733	112.111	114.211	99.001	524.365
Suministros y equipo	20.000	15.000	15.000	12.000	10.000	72.000
Becas	1.700	-	-	-	-	1.700
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
SUB-TOTAL OPS/OMS	109.009	126.733	127.111	126.211	109.001	598.065

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	109.009	126.733	127.111	126.211	109.001	598.065
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
TOTAL	109.009	126.733	127.111	126.211	109.001	598.065

## PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	2	2	2	2	2
Ing. Sanitario	1	1	1	1	1
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	3	4	4	3	3
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	1	-
Otros	-	-	-	-	-
TOTAL	6	7	7	7	6

## OBSERVACIONES

El UNICEF y la AID colaboran en este programa.

La campaña se reorganizó en 1961 y permitió reducir considerablemente la incidencia y cabe suponer que interrumpió la transmisión en áreas que comprenden alrededor de la mitad de la población de las áreas originalmente maláricas. Sin embargo, en las áreas restantes, la transmisión continúa a pesar de la buena cobertura de los insecticidas, y se está ampliando un programa de tratamiento colectivo con drogas antimaláricas, llevado a cabo en 1964, con el fin de incluir a una población de más de medio millón de habitantes.

La OPS facilita servicios de personal (incluso de los de co-director del programa), drogas y una beca.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**

**Honduras**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	1.080,187	1.200,198	1.116,244	585,264	250,157	4,232,050
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	1,023,000	1,137,000	1,050,000	520,000	200,000	3,930,000
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	51,687	53,198	56,244	57,264	44,157	262,550
Suministros y equipo	5,500	10,000	10,000	8,000	6,000	39,500
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	57,187	63,198	66,244	65,264	50,157	302,050

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	20,653	23,588	23,607	21,857	6,000	95,705
OMS-Reg.	-	-	42,637	43,407	44,157	130,201
OMS-CEEP	36,534	39,610	-	-	-	76,144
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	57,187	63,198	66,244	65,264	50,157	302,050

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	1	1	1	1	1
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	2	2	2	2	1
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	3	3	3	3	2

**OBSERVACIONES**

EL UNICEF y la AID colaboran en este programa.

La fase de ataque se inició en 1958 y ha permitido incorporar a la fase de consolidación algunas áreas con 82% de la población del área originalmente malárica. Por otra parte, existe un área problema, en el sur, donde la resistencia del vector a los insecticidas y la intensa inmigración han impedido interrumpir la transmisión. Se espera que se destinen recursos adicionales para complementar el ataque con un programa de tratamiento colectivo con drogas en 1965.

Además de los servicios de consultores, la OPS/OMS facilita drogas antimaláricas para la cura radical de casos.

## CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

## México

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
COSTO TOTAL	8.639.707	19.091.132	19.947.314	11.746.509	7.442.214	66.866.876
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	8.500.000	18.952.000	19.800.000	11.600.000	7.300.000	66.152.000
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	93.807	97.882	106.064	108.659	116.364	522.776
Suministros y equipo	37.000	37.000	37.000	37.000	25.000	173.000
Becas	8.600	3.400	3.400	-	-	15.400
Subvenciones y otros	300	850	850	850	850	3.700
SUB-TOTAL OPS/OMS	139.707	139.132	147.314	146.509	142.214	714.876

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	75.168	72.518	73.645	70.895	59.545	351.771
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	64.539	66.614	73.669	75.614	82.669	363.105
TOTAL	139.707	139.132	147.314	146.509	142.214	714.876

## PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	3	3	3	3	3
Ing. Sanitario	1	1	1	1	1
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	2	2	2	2	2
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
TOTAL	6	6	6	6	6

## OBSERVACIONES

El UNICEF colabora en este programa.

La fase de ataque se inició en 1957 y permitió interrumpir la transmisión en la mayor parte del área malárica. Subsisten áreas de persistente transmisión baja, principalmente a lo largo de la costa del Pacífico. Se han hecho ensayos con diversas medidas de ataque combinadas y en 1966 se espera que el Gobierno pueda proporcionar recursos para abordar el problema con la intensidad técnicamente necesaria.

La OPS/OMS ha proporcionado asistencia mediante el proyecto AMRO-0210, además de los servicios de consultores y drogas para el tratamiento de casos. Con fondos de la OPS/OMS se ha concedido una subvención para actividades de investigación operativa (véase la página siguiente).



**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
Mexico - 0201

**Erradicación de la malaria en áreas problema**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	150.000	150.000	75.000	-	-	375.000
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	1/	1/	1/	-	-	1/
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>	-	-	-	-	-	-
Personal y viajes	-	-	-	-	-	-
Suministros y equipo	-	-	-	-	-	-
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	150.000	150.000	75.000	-	-	375.000
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	150.000	150.000	75.000	-	-	375.000

1/ Contribución del Gobierno incluida en México FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	-	-	75.000	-	-	75.000
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	150.000	150.000	-	-	-	300.000
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	150.000	150.000	75.000	-	-	375.000

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	-	-	-	-	-
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	-	-	-	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	-	-	-	-	-

**OBSERVACIONES**

Con el apoyo de la OPS/OMS y del Gobierno de México se llevará a cabo un estudio de la eficacia de las diversas medidas de ataque combinadas para eliminar la transmisión persistente de bajo nivel en el área problema de Oaxaca-Guerrero. Las medidas que se emplearán y cuya eficacia será evaluada comprenderán ciclos de cuatro meses de rociamiento con DDT, cobertura de todos los casos localizados, pronto tratamiento radical de todos los casos, programas breves de tratamiento colectivo con drogas en localidades de elevada positividad, rápidos estudios ecológicos de todas las localidades y estudios especiales epidemiológicos y entomológicos, según sea necesario. El área tiene una población de 220,000 habitantes.

## CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

## Nicaragua

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
COSTO TOTAL	1.865.689	1.691.120	1.707.188	1.137.688	687.888	7.089.573
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	1.727.000	1.560.000	1.570.000	1.000.000	550.000	6.407.000
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	124.489	118.420	126.488	128.688	130.888	628.973
Suministros y equipo	12.500	11.000	9.000	9.000	7.000	48.500
Becas	1.700	1.700	1.700	-	-	5.100
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
SUB-TOTAL OPS/OMS	138.689	131.120	137.188	137.688	137.888	682.573

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	64.917	54.340	53.628	52.778	51.628	277.291
OMS-Reg.	-	76.780	83.560	84.910	86.260	331.510
OMS-CEEP	73.772	-	-	-	-	73.772
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
TOTAL	138.689	131.120	137.188	137.688	137.888	682.573

## PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	2	2	2	2	2
Ing. Sanitario	1	1	1	1	1
Entomólogo	1	1	1	1	1
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	3	3	3	3	3
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
TOTAL	7	7	7	7	7

## OBSERVACIONES

El UNICEF y la AID colaboran en este programa.

Las actividades de la fase de ataque se iniciaron en 1957 y han permitido interrumpir la transmisión en áreas con un 40% de la población de las áreas originalmente maláricas, pero la resistencia del vector al DDT y al dieldrin ha creado un grave problema en la zona a lo largo de la costa del Pacífico y en algunos valles del interior. El malatión se ha empleado como un insecticida alternativo y se han usado con cierto éxito y en escala limitada programas de larvicidas y de tratamiento colectivo con drogas, pero los recursos no han sido suficientes para resolver adecuadamente el problema. El Gobierno está procurando aumentar el presupuesto y se espera eliminar este obstáculo en 1965.

La OPS/OMS facilita servicios de consultores, drogas para el tratamiento de casos maláricos y la eliminación de focos de transmisión en áreas de consolidación, así como becas para reforzar el personal epidemiológico.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
**Panamá**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	<b>1.367.572</b>	<b>1.471.145</b>	<b>1.048.050</b>	<b>586.035</b>	<b>389.505</b>	<b>4.862.307</b>
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	<b>1.258.000</b>	<b>1.350.000</b>	<b>928.000</b>	<b>480.000</b>	<b>320.000</b>	<b>4.336.000</b>
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	96.772	111.445	112.050	98.035	63.505	481.807
Suministros y equipo	6.000	8.000	8.000	8.000	6.000	36.000
Becas	6.800	1.700	-	-	-	8.500
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	<b>109.572</b>	<b>121.145</b>	<b>120.050</b>	<b>106.035</b>	<b>69.505</b>	<b>526.307</b>

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	43.497	39.768	120.050	106.035	69.505	378.855
DMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
DMS-CEEP	66.075	81.377	-	-	-	147.452
DMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>109.572</b>	<b>121.145</b>	<b>120.050</b>	<b>106.035</b>	<b>69.505</b>	<b>526.307</b>

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	1	1	1	1	1
Ing. Sanitario	1	1	1	1	-
Entomólogo	1	1	1	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	3	3	3	3	2
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	1	1	1	-
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>3</b>

**OBSERVACIONES**

EL UNICEF colabora en este programa.

Este programa se reorganizó en 1962 sobre la base de ciclos semianuales de DDT, pero no se ha logrado una cobertura completa y sistemática de rociamiento o de evaluación. En gran parte del área malárica se ha reducido considerablemente la incidencia de la enfermedad, pero subsisten cinco áreas de transmisión persistentemente elevada.

Además de servicios de personal consultivo, la OPS/OMS facilita drogas para el tratamiento de casos y becas para contribuir al adiestramiento de personal profesional del país.

## CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

## Paraguay

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
COSTO TOTAL	369.967	927.768	1.242.121	1.265.921	1.247.421	5.053.198
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	290.000	850.000	1.161.000	1.185.000	1.165.000	4.651.000
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	71.367	72.568	75.921	77.421	78.921	376.198
Suministros y equipo	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	17.500
Becas	5.100	1.700	1.700	-	-	8.500
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
SUB-TOTAL OPS/OMS	79.967	77.768	81.121	80.921	82.421	402.198

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	79.967	77.768	81.121	80.921	82.421	402.198
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
TOTAL	79.967	77.768	81.121	80.921	82.421	402.198

## PERSONAL DE OPS OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	1	1	1	1	1
Ing. Sanitario	1	1	1	1	1
Entomólogo	1	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	3	3	3	3	3
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
TOTAL	6	5	5	5	5

## OBSERVACIONES

Se ha formulado un nuevo plan de actividades para este programa, que había sido suspendido desde marzo de 1961, pero deberá completarse todavía el reconocimiento geográfico antes de empezar una nueva fase de ataque. Se espera llegar a esta fase en el segundo semestre de 1966.

La OPS facilita servicios de personal consultivo, drogas para el tratamiento de casos y becas para reforzar la competencia profesional del personal nacional.

## CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

## Perú

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	<b>1.389.549</b>	<b>1.167.422</b>	<b>616.124</b>	<b>312.437</b>	<b>146.750</b>	<b>3.632.282</b>
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	<b>1.278.000</b>	<b>1.060.000</b>	<b>540.000</b>	<b>250.000</b>	<b>100.000</b>	<b>3.228.000</b>
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	93.549	86.422	66.124	52.437	38.750	337.282
Suministros y equipo	18.000	15.000	10.000	10.000	8.000	61.000
Becas	-	6.000	-	-	-	6.000
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	<b>111.549</b>	<b>107.422</b>	<b>76.124</b>	<b>62.437</b>	<b>46.750</b>	<b>404.282</b>

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	111.549	107.422	76.124	62.437	46.750	404.282
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>111.549</b>	<b>107.422</b>	<b>76.124</b>	<b>62.437</b>	<b>46.750</b>	<b>404.282</b>

## PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	1	1	1	1	1
Ing. Sanitario	1	1	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	4	3	3	2	1
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

## OBSERVACIONES

El UNICEF colabora en este programa.

A principios de 1965 se incorporaron otras áreas en la fase de mantenimiento, y se espera que la fase de consolidación se completará en todo el país en 1971, aunque se experimentan algunas dificultades en la región del Amazonas. Dos serios brotes surgieron en las áreas en fase de consolidación en 1964, los que fueron debidamente controlados.

Además de servicios de consultores, la OPS facilita drogas antimaláricas y becas.

## CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

## República Dominicana

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	1,601,619	1,477,219	1,234,727	586,027	296,397	5,195,989
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	1,477,000	1,375,000	1,150,000	500,000	250,000	4,752,000
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	121,619	94,119	81,727	83,027	43,397	423,889
Suministros y equipo	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	15,000
Becas	-	5,100	-	-	-	5,100
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	124,619	102,219	84,727	86,027	46,397	443,989

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	124,619	102,219	84,727	86,027	46,397	443,989
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	124,619	102,219	84,727	86,027	46,397	443,989

## PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	2	1	1	1	1
Ing. Sanitario	1	1	1	1	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	2	2	2	2	1
Ayudante o Auxiliar de Entomología	1	-	-	-	-
Otros	1	1	-	-	-
<b>TOTAL</b>	7	5	4	4	2

## OBSERVACIONES

EL UNICEF colabora en este programa.

Se han logrado progresos satisfactorios en este programa desde su reorganización en 1962 hasta 1964 inclusive; toda la zona malárica se encuentra en fase de ataque y en algunas áreas ésta llega ya a su término. La OPS proporciona servicios de consultores, drogas para el tratamiento de casos y becas para el adiestramiento de personal epidemiológico.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**

**Belice**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	34.500	34.500	15.500	-	-	84.500
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	34.000	34.000	15.000	-	-	83.000
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	-	-	-	-	-	-
Suministros y equipo	500	500	500	-	-	1.500
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	500	500	500	-	-	1.500

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	500	500	500	-	-	1.500
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	500	500	500	-	-	1.500

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	-	-	-	-	-
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	-	-	-	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	-	-	-	-	-

**OBSERVACIONES**

El UNICEF colabora en este programa.

Las actividades de la fase de ataque se iniciaron en 1957 y en 1962 toda el área malárica se había incorporado a la fase de consolidación. Un brote en el área de Orange Walk ha resultado difícil de controlar y se espera extender la fase de consolidación hasta 1967.

La OPS facilita drogas para el tratamiento de casos.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
**Guayana Británica**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	73.414	63.332	42.610	25.500	-	204.856
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	54.000	46.000	25.000	25.000	-	150.000
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	17.214	16.832	17.110	-	-	51.156
Suministros y equipo	500	500	500	500	-	2.000
Becas	1.700	-	-	-	-	1.700
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	19.414	17.332	17.610	500	-	54.856

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	19.414	17.332	17.610	500	-	54.856
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-DEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	19.414	17.332	17.610	500	-	54.856

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	-	-	-	-	-
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	1	1	1	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	1	1	1	-	-

**OBSERVACIONES**

El UNICEF colabora en este programa.

La transmisión ha sido interrumpida casi en todo el país. Como medida principal de ataque se ha utilizado un programa de sal cloroquinizada en la región al interior de Rupununi, complementada con rociamiento con DDT, por haberse descubierto en 1962 una cepa de *P. falciparum* resistente a la cloroquina; este programa combinado ha sido muy satisfactorio. Se espera que las últimas áreas puedan incorporarse a la fase de consolidación en 1967.

La OPS facilita drogas para la cura radical de casos y una beca.



## CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

## Guayana Francesa

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
COSTO TOTAL	109.263	98.000	62.000	47.000	32.000	348.263
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	96.000	96.000	60.000	45.000	30.000	327.000
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	11.263	-	-	-	-	11.263
Suministros y equipo	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	10.000
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
SUB-TOTAL OPS/OMS	13.263	2.000	2.000	2.000	2.000	21.263

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	13.263	2.000	2.000	2.000	2.000	21.263
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
TOTAL	13.263	2.000	2.000	2.000	2.000	21.263

## PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	-	-	-	-	-
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	1	-	-	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
TOTAL	1	-	-	-	-

## OBSERVACIONES

Toda el área de la costa, en la que vive casi el 90% de la población del territorio, está en la fase de ataque, pero aún no se ha logrado iniciar ésta en la zona del interior donde viven 4,000 habitantes.

La OPS facilitará los servicios de un sanitario en 1965 y drogas para el tratamiento de casos.

## CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

## Surinam

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
COSTO TOTAL	385.833	396.720	299.180	219.080	180.680	1.481.493
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	283.000	280.000	200.000	120.000	80.000	963.000
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	97.633	104.620	92.480	94.080	95.680	484.493
Suministros y equipo	3.500	7.000	5.000	5.000	5.000	25.500
Becas	1.700	5.100	1.700	-	-	8.500
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
SUB-TOTAL OPS/OMS	102.833	116.720	99.180	99.080	100.680	518.493

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	102.833	116.720	99.180	99.080	100.680	518.493
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
TOTAL	102.833	116.720	99.180	99.080	100.680	518.493

## PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	1	1	1	1	1
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	1	1	-	-	-
Educador Sanitario	1	1	1	1	1
Inspector Sanitario	2	2	2	2	2
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	1	1	1	1	1
TOTAL	6	6	5	5	5

## OBSERVACIONES

El UNICEF colabora en este programa.

La región costera continúa sometida con éxito a la fase de consolidación, pero en el interior algunas dificultades sociológicas continúan obstruyendo la labor de rociamiento. Se está ensayando, con bastante éxito, un sistema de contratación de habitantes de cada aldea para que efectúen el rociamiento de las casas, y también se ensaya en escala limitada el empleo de sal medicada.

La OPS facilita servicios de personal, drogas y becas.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
**Proyecto AMRO -0200**  
**Servicios de asesoramiento técnico sobre malaria**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	116.620	148.008	147.938	151.429	134.339	698.334
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	-	-	-	-	-	-
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	105.320	135.708	135.638	139.129	122.039	637.834
Suministros y equipo	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	5.000
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	10.300	11.300	11.300	11.300	11.300	55.500
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	116.620	148.008	147.938	151.429	134.339	698.334

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	96.263	109.101	147.938	151.429	134.339	639.070
OMS-Reg.	-	17.000	-	-	-	17.000
OMS-CEEP	20.357	21.907	-	-	-	42.264
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	116.620	148.008	147.938	151.429	134.339	698.334

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	2	2	2	2	2
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	1	1	1	1	1
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	-	-	-	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	3	3	3	3	2
<b>TOTAL</b>	6	6	6	6	5

**OBSERVACIONES**

Este programa tiene por objeto prestar servicios de asesoramiento a los diversos Gobiernos en relación con algunos aspectos de sus programas que no requieren consultores a largo plazo, así como colaborar en la supervisión de las actividades del personal internacional asignado a programas de países, que desempeñan funciones correspondientes a estas especialidades.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
**Proyecto AMRO -0201**  
**Servicios de asesoramiento técnico sobre la malaria (Zona I)**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	41.432	18.432	15.650	15.950	16.250	107.714
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	-	-	-	-	-	-
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	40.832	17.832	15.050	15.350	15.650	104.714
Suministros y equipo	600	600	600	600	600	3.000
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	41.432	18.432	15.650	15.950	16.250	107.714

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	41.432	18.432	15.650	15.950	16.250	107.714
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	41.432	18.432	15.650	15.950	16.250	107.714

## PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	1	-	-	-	-
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	-	-	-	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	2	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>	3	1	1	1	1

## OBSERVACIONES

En virtud de este programa se han facilitado servicios consultivos a los países de la Zona I y a las numerosas islas pequeñas del Caribe que llevan a cabo programas de erradicación de la malaria. A medida que con estos programas se llega progresivamente a la fase de mantenimiento, disminuye la necesidad de proporcionar dichos servicios y, a partir de 1966, el grupo se reducirá a un asesor de laboratorio actualmente con sede en Surinam.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
**Proyecto AMRO -0203**

**Servicios de asesoramiento técnico sobre la malaria (Zona III)**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	82.905	109.557	109.771	112.850	115.550	530.633
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	-	-	-	-	-	-
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	81.705	107.557	107.771	110.850	113.550	521.433
Suministros y equipo	1.200	2.000	2.000	2.000	2.000	9.200
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	82.905	109.557	109.771	112.850	115.550	530.633

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	-	-	109.771	112.850	115.550	338.171
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	82.905	109.557	-	-	-	192.462
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	82.905	109.557	109.771	112.850	115.550	530.633

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	2	2	2	2	2
Ing. Sanitario	1	1	1	1	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	1	1	1	1	-
Inspector Sanitario	-	-	-	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	2	2	2	2	1
<b>TOTAL</b>	6	6	6	6	3

**OBSERVACIONES**

Este programa complementa la asistencia técnica facilitada a cada programa de país en la Zona III. A medida que se intensifica la regionalización de las actividades de erradicación de la malaria en dicha Zona y los programas de países redoblan sus esfuerzos para resolver los problemas técnicos que se plantean en muchos de estos países, se proporcionarán los servicios de un grupo de personal reforzado, con el objeto de coordinar las actividades de los programas de países, supervisar la labor del personal internacional adscrito a ellos y asesorar sobre algunos aspectos especializados de los programas.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
**Proyecto AMRO - 0204**  
**Servicios de asesoramiento técnico sobre la malaria (Zona IV)**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	26.132	27.351	27.816	28.316	28.816	138.431
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	-	-	-	-	-	-
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	26.132	27.351	27.816	28.316	28.816	138.431
Suministros y equipo	-	-	-	-	-	-
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	26.132	27.351	27.816	28.316	28.816	138.431

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	26.132	27.351	27.816	28.316	28.816	138.431
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	26.132	27.351	27.816	28.316	28.816	138.431

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	1	1	1	1	1
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	-	-	-	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	1	1	1	1	1

**OBSERVACIONES**

Este programa complementa los servicios consultivos facilitados a los países de la Zona IV y permite una supervisión más intensa de la labor del personal internacional asignado a los programas de los distintos países. El oficial médico desempeña también las funciones de consultor jefe del proyecto Colombia-0200.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
**Proyecto AMRO - 0209**  
**Grupos encargados de las pruebas de insecticidas**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	114.245	114.692	114.886	115.153	-	458.976
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	-	-	-	-	-	-
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	58.645	68.692	68.886	69.053	-	265.276
Suministros y equipo	15.600	15.600	15.600	15.600	-	62.400
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	40.000	30.400	30.400	30.500	-	131.300
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	114.245	114.692	114.886	115.153	-	458.976

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	-	-	114.886	115.153	-	230.039
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	114.245	114.692	-	-	-	228.937
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	114.245	114.692	114.886	115.153	-	458.976

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	-	-	-	-	-
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	2	2	2	2	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	-	-	-	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	2	2	2	2	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	4	4	4	4	-

**OBSERVACIONES**

Este programa tiene por objeto determinar la eficacia de los nuevos insecticidas propuestos. Uno de los estudiados hasta ahora, que ofrece las mejores perspectivas, OMS-33 (un carbamato), será sometido a otros ensayos, empezando con la Fase IV del programa de la OMS para el ensayo de insecticidas (chozas experimentales) para seguir después con ensayos en las aldeas.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
**Proyecto AMRO -0210**

**Grupo de epidemiología de erradicación de la malaria**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	30.948	47.957	58.680	60.480	62.280	260.345
<b>APORTES GOB. OTRAS FUENTES</b>	-	-	-	-	-	-
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>						
Personal y viajes	30.948	45.357	56.080	57.880	59.680	249.945
Suministros y equipo	-	2.300	2.300	2.300	2.300	9.200
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	-	300	300	300	300	1.200
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	30.948	47.957	58.680	60.480	62.280	260.345

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	-	-	58.680	60.480	62.280	181.440
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	30.948	47.957	-	-	-	78.905
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	30.948	47.957	58.680	60.480	62.280	260.345

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	2	2	2	2	2
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	1	1	1	1	1
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	-	-	-	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	3	3	3	3	3

**OBSERVACIONES**

Este programa tiene por objeto facilitar los servicios de personal competente en epidemiología para que estudie los problemas de la continuidad de la transmisión de la malaria en áreas en las que, a pesar de haberse ejecutado la fase de ataque como era debido, no se interrumpió la transmisión. El grupo se encuentra actualmente en Oaxaca, Mexico, donde su primer objetivo es la evaluación de la labor para combatir la transmisión persistente de bajo nivel mediante la integración del mejor método de rociamiento, la localización intensiva de casos y el tratamiento radical completo de todos los casos. Más adelante se evaluará la eficacia de otros métodos de ataque.



**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**

Proyecto AMRO - 0211  
Seminarios sobre la función de los servicios locales de salud  
en los programas de erradicación de la malaria

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
COSTO TOTAL	32.825	-	-	-	-	32.825
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	-	-	-	-	-	-
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	10.140	-	-	-	-	10.140
Suministros y equipo	2.000	-	-	-	-	2.000
Becas	20.685	-	-	-	-	20.685
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
SUB-TOTAL OPS/OMS	32.825	-	-	-	-	32.825

FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	32.825	-	-	-	-	32.825
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
TOTAL	32.825	-	-	-	-	32.825

PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	-	-	-	-	-
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	-	-	-	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	-	-	-

**OBSERVACIONES**

El segundo seminario sobre la función de los servicios generales de salud pública en la erradicación de la malaria se celebró en marzo de 1965, en Cuernavaca, México al que asistieron representantes de los países de Centro América, México, Panamá y el área del Caribe. Los informes finales de este seminario y de los celebrados anteriormente para los países de América del Sur se están combinando y se publicarán como un sólo documento.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
**Proyecto AMRO - 0212**  
**Resist. de cepas de plasmodium malárico a las drogas**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	5.485	-	-	-	-	5.485
APORTES BOB. OTRAS FUENTES	-	-	-	-	-	-
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	-	-	-	-	-	-
Suministros y equipo	500	-	-	-	-	500
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	4.985	-	-	-	-	4.985
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	5.485	-	-	-	-	5.485

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	-	-	-	-	-	-
OMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	5.485	-	-	-	-	5.485
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	5.485	-	-	-	-	5.485

## PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	-	-	-	-	-
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	-	-	-	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	-	-	-	-	-

## OBSERVACIONES

El Centro para estudiar las cepas de Plasmodium resistentes a las drogas, se clausuró a fines de marzo de 1965. Se confirmó la resistencia a la cloroquina en varias cepas del Brasil, de Colombia, Venezuela y la Guayana Británica, y se estudiaron los efectos de diferentes drogas, especialmente diversos planes de dosificación de pirimetamina y sulfonamidas.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS**  
**Servicios Complementarios de las Oficinas de Zona**

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
<b>COSTO TOTAL</b>	15.387	16.402	17.097	17.792	18.487	85.165
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	-	-	-	-	-	-
<b>APORTE DE LA OPS/OMS.</b>	15.387	16.402	17.097	17.792	18.487	85.165
Personal y viajes						
Suministros y equipo	-	-	-	-	-	-
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	-	-	-	-	-	-
<b>SUB-TOTAL OPS/OMS</b>	15.387	16.402	17.097	17.792	18.487	85.165

**FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS**

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
DPS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OPS-FEM	15.387	16.402	17.097	17.792	18.487	85.165
DMS-Reg.	-	-	-	-	-	-
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	15.387	16.402	17.097	17.792	18.487	85.165

**PERSONAL DE OPS/OMS**

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	-	-	-	-	-
Ing. Sanitario	-	-	-	-	-
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	-	-	-	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	3	3	3	3	3
<b>TOTAL</b>	3	3	3	3	3

**OBSERVACIONES**

Se crearon tres puestos a fin de facilitar servicios administrativos complementarios para el programa hemisférico. Estos servicios se mantendrán a un nivel reducido.

## CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

## Departamento de Erradicación de la Malaria

	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
COSTO TOTAL	205.030	210.677	212.897	218.150	223.150	1.069.904
APORTES GOB. OTRAS FUENTES	-	-	-	-	-	-
APORTE DE LA OPS/OMS.						
Personal y viajes	181.953	185.212	186.607	190.850	194.850	939.472
Suministros y equipo	-	-	-	-	-	-
Becas	-	-	-	-	-	-
Subvenciones y otros	23.077	25.465	26.290	27.300	28.300	130.432
SUB-TOTAL OPS/OMS	205.030	210.677	212.897	218.150	223.150	1.069.904

## FUENTES DE LOS FONDOS DE OPS/OMS

FUENTE	1965	1966	1967	1968	1969	TOTAL
OPS-Reg.	76.223	79.761	80.742	84.000	87.000	407.726
OPS-FEM	-	-	-	-	-	-
OMS-Reg.	128.807	130.916	132.155	134.150	136.150	662.178
OMS-CEEP	-	-	-	-	-	-
OMS-AT	-	-	-	-	-	-
TOTAL	205.030	210.677	212.897	218.150	223.150	1.069.904

## PERSONAL DE OPS/OMS

CATEGORIA	1965	1966	1967	1968	1969
Oficial Médico	4	4	4	4	4
Ing. Sanitario	1	1	1	1	1
Entomólogo	-	-	-	-	-
Educador Sanitario	-	-	-	-	-
Inspector Sanitario	-	-	-	-	-
Ayudante o Auxiliar de Entomología	-	-	-	-	-
Otros	7	7	7	7	7
TOTAL	12	12	12	12	12

## OBSERVACIONES

El Departamento coordina los programas de erradicación de la malaria en el Hemisferio y proporciona asesoramiento al respecto, y dirige y supervisa la labor del personal internacional de campo. De la evaluación de la marcha de los programas de erradicación de la malaria llevados a cabo en los diferentes países se encarga el personal de la Sede, con la colaboración de asesores de zona y de países. Facilita asesoramiento técnico en relación con algunos aspectos especializados de los programas de países, y dirige proyectos de investigación operativa encaminados a resolver problemas que se plantean en las Américas, los que se coordinan con el programa general de investigaciones de la OMS en medios y técnicas de erradicación.

## Anexo 4

### FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS<sup>1</sup>

El Consejo Directivo, en la Resolución XX<sup>2</sup> aprobada en su XV Reunión, encomendó al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que efectuara consultas con el Director General de la Organización Mundial de la Salud, a fin de arbitrar un método apropiado para asegurar el financiamiento del programa de erradicación de la malaria en las Américas, y que informara sobre el particular al Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión.

De conformidad con lo dispuesto en dicha resolución, el Director presentó a esa reunión del Comité un informe sobre las gestiones realizadas. Después de examinarlo detenidamente, el Comité adoptó una resolución<sup>3</sup> en la cual reafirmó la importancia que,

en la continuación del programa de la erradicación de la malaria en las Américas, tienen las aportaciones voluntarias al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria, y a la Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación del Paludismo. Expresó la esperanza de que dichas aportaciones se mantengan al nivel necesario para que puedan lograrse todos los objetivos previstos en dicho programa, y decidió transmitir dicho informe a la XVI Reunión del Consejo Directivo junto con cualquiera otra información que se obtuviera.

En cumplimiento de dicha resolución, el Director tiene el honor de someter a la consideración del Consejo Directivo el informe antes mencionado (Apéndice). En el caso de que posteriormente se obtuviera información adicional sobre este asunto, se daría cuenta de ella a la Reunión del Consejo.

<sup>1</sup> Documento CD16/7 (11 de junio de 1965).

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 58, 23-24.

<sup>3</sup> Resolución III. Documento Oficial de la OPS 62, 6-7.

---

## Apéndice

### FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS<sup>1</sup>

De acuerdo con lo dispuesto en la Resolución XX de la XV Reunión del Consejo Directivo, el Director de la Oficina procedió sin demora a entablar consultas con el Director General de la Organización Mundial de la Salud sobre este tema. En consecuencia, el Director General, teniendo en cuenta tanto la necesidad de mantener un programa plenamente eficaz en las Américas como la disponibilidad de fondos para erradicación de la malaria en el presupuesto ordinario de la OMS y en la Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo,

decidió aumentar la asignación de la OMS para el programa de erradicación de la malaria en las Américas.

Los fondos destinados a malaria en el presupuesto ordinario de la OMS, que ascendían a \$182.011 para 1964,<sup>2</sup> se aumentaron en 1965 a \$256.355 y a \$335.287 en 1966.<sup>3</sup> Para 1967 el Director General ha establecido la cantidad de \$469.000 como cifra tope para la formulación de planes.

De la Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación

<sup>1</sup> Documento CE52/10 (18 de marzo de 1965).

<sup>2</sup> Act. of. Org. mund. Salud 130, 229.

<sup>3</sup> Act. of. Org. mund. Salud 138, xx.

del Paludismo, el Director General asignó la cantidad de \$683.214 para 1965 y \$605.559 en 1966. En el informe del Consejo Ejecutivo sobre el examen del proyecto de programa y presupuesto para 1966,<sup>4</sup> se señalaba que el mantener el nivel previsto para 1966 estaría supeditado al ingreso de importantes contribuciones voluntarias, siendo el déficit de \$1.928.636. No obstante, la disponibilidad de la mencionada cantidad de \$605.559 para 1966 se mantuvo para la preparación del cuadro. Por otra parte, y en vista del posible déficit en la Cuenta Especial en 1966, no parece atinado suponer que se contará con fondos de esta fuente en 1967.

Los fondos con que efectivamente se contará y los que posiblemente se obtengan en relación con las necesidades estimadas para el trienio de 1965, 1966 y 1967 se resumen en el cuadro. Se observará que los fondos que se espera obtener son aproximadamente iguales a las necesidades para el período de tres años, suponiendo que las contribuciones voluntarias se mantengan al nivel de 1965. El Director consultará con los Gobiernos de las Américas, especialmente con el de los Estados Unidos de América, que ha contribuido tan generosamente al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria, con el fin de asegurar el nivel de contribuciones voluntarias que se requiere para mantener un programa eficaz en los próximos años. El Director proseguirá también sus consultas con el Director General de la OMS sobre la cantidad de fondos con que se podría contar del presupuesto de dicha Organización.

Es preciso señalar que las cifras presentadas en el cuadro se basan sólo en estimados. Es imposible prever con alguna certeza los problemas que pueden surgir en los años venideros. Aunque si se considera en su totalidad, el programa se está desarrollando en forma satisfactoria, se continúan planteando problemas técnicos especiales en algunas áreas. Tampoco es posible prever la naturaleza, alcance y duración de dichos problemas, ni sus repercusiones presupuestarias. Además, la experiencia y los análisis efectuados durante la preparación de los planes futuros demuestran que será necesario realizar un esfuerzo extraordinario para vincular el programa de erradicación con un sistema adecuado de centros de salud, al efecto de proteger la labor ya realizada así como la inversión financiera efectuada, garantizando así la vigilancia en el futuro.

Por lo tanto, se estima que habrá que aumentar el

número de consultores a fin de fomentar la coordinación de los servicios de erradicación de la malaria con los servicios de salud pública y atención médica, así como para asesorar respecto a la creación de nuevos servicios o a la ampliación de los ya existentes. Todos estos factores se reflejarán en los proyectos de presupuesto que se presenten cada año. Del mismo modo, serán tomados en cuenta en las consultas que el Director efectuará con los Gobiernos con miras a obtener contribuciones voluntarias, así como con el Director General de la OMS.

*Procedencia de fondos para erradicación de la malaria*

Fondo	1965	1966	1967
OPS: Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria .....	1.800.000 <sup>a</sup>	1.800.000 <sup>b</sup>	1.800.000 <sup>b</sup>
OPS: PO .....	78.355 <sup>c</sup>	79.761 <sup>d</sup>	79.761 <sup>d</sup>
OMS: PO .....	256.355 <sup>e</sup>	335.287 <sup>e</sup>	469.000 <sup>e</sup>
OMS: Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo .....	683.214 <sup>e</sup>	605.559 <sup>e</sup>	-0 <sup>f</sup>
OMS: AT .....	86.300 <sup>e</sup>	63.400 <sup>e</sup>	63.400
Total .....	2.904.224	2.884.007	2.412.161
Estimado de las necesidades .....	2.909.204 <sup>h</sup>	2.640.557 <sup>h</sup>	2.640.557 <sup>i</sup>
Excedente .....	(4.980)	243.450	(228.396)

<sup>a</sup> Promesa de fondos de los Estados Unidos de América para 1965.

<sup>b</sup> Supone el mantenimiento del nivel de contribuciones voluntarias de 1965.

<sup>c</sup> Documento Oficial de la OPS 52.

<sup>d</sup> Documento CE52/3, Estimado revisado para 1966; supone el mismo nivel en 1967.

<sup>e</sup> Actas Oficiales de la OMS 138.

<sup>f</sup> Cifras para la formulación de planes, asignada por el Director General de la OMS para 1967.

<sup>g</sup> Supone el agotamiento en 1966 de los fondos de la Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación del Paludismo, según estimados presentados a la 35ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS.

<sup>h</sup> Las necesidades se exponen en el Documento Oficial de la OPS 52, más una asignación para un área problema en México que se refleja en la Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación del Paludismo en las Actas Oficiales de la OMS 138.

<sup>i</sup> Supone la continuación de las necesidades al nivel de 1966, incluso la asignación para áreas problema.

<sup>4</sup> Act. of. Org. mund. Salud 141, 60.

## Anexo 5

### ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS<sup>1</sup>

La XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Ciudad Trujillo, 1950), reconociendo el alcance del problema de la viruela en las Américas, recomendó a los países el desarrollo de programas de vacunación y revacunación antivariólica sistemática en sus respectivos territorios, con miras a la erradicación de la enfermedad, y que dichos programas se llevaran a cabo bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud y de acuerdo con los países interesados.

En una serie de 12 resoluciones<sup>2</sup> adoptadas en los años siguientes, los Cuerpos Directivos de la Organización expresaron su preocupación por el problema de la viruela en las Américas y el deseo de erradicar la enfermedad del Hemisferio Occidental.

En 1958, la 11ª Asamblea Mundial de la Salud, "considerando que la viruela es una enfermedad transmisible todavía muy difundida y muy peligrosa, de la que existen en muchas regiones del mundo focos endémicos que dan lugar a un riesgo constante de propagación y que constituyen por tanto una amenaza para la vida y la salud de las poblaciones", pidió al Director General que realizara una investigación de los medios apropiados para erradicarla en el mundo entero.<sup>3</sup> En 1959, la 12ª Asamblea Mundial de la Salud pidió al Director General que recogiera información de los países interesados acerca de la organización y curso de los respectivos programas de erradicación y presentara un nuevo informe a la 13ª Asamblea Mundial de la Salud.<sup>4</sup> En la 13ª y en la 14ª Asambleas Mundiales de la Salud se formularon peticiones análogas. La 14ª Asamblea Mundial de la Salud<sup>5</sup> instó a los países de economía más próspera a que aportaran contribuciones voluntarias en dinero o en especie para aumentar los recursos de la Cuenta

Especial de la OMS para la erradicación de la viruela.

En las resoluciones antes mencionadas se reafirma la prioridad que los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS conceden al problema de la viruela. En vista de que todas esas resoluciones fueron aprobadas por unanimidad, los Gobiernos de ambas Organizaciones se han comprometido a erradicar la enfermedad.

De conformidad con lo dispuesto en resoluciones sucesivas de los Cuerpos Directivos, la Organización, de concierto con muchos países, ha participado activamente desde 1950 en un programa hemisférico encaminado a dicha erradicación.

La Organización ha continuado asesorando a los Gobiernos en la planificación de programas de erradicación de la viruela basados en campañas antivariólicas que puedan, en el momento oportuno, ser incorporadas a los servicios generales de salud pública de los diversos países. Esta colaboración ha comprendido servicios de asesoramiento técnico para la producción de vacuna antivariólica y el suministro de equipo para la preparación de vacuna liofilizada. En otros casos, se facilitó la vacuna lista para usarla, se proporcionaron los servicios de consultores especializados en la organización y realización de campañas de vacunación y se adjudicaron becas para el adiestramiento de personal nacional. También se han proporcionado a los Gobiernos los servicios de un laboratorio acreditado donde se podrán realizar las pruebas de pureza y actividad de las vacunas antivariólicas preparadas por los laboratorios nacionales.

De 1948 a 1964 la Organización asignó a los diferentes programas de erradicación de la viruela en las Américas la cantidad de EUA\$599.277, cuya distribución por países figura en el cuadro 1.

Desde 1950 se han realizado considerables progresos en la erradicación de la viruela. Estos progresos varían de un país a otro, de modo que si bien un grupo importante ha alcanzado el objetivo de eliminar la enfermedad y otros se acercan a la meta,

<sup>1</sup> Documento CD16/29 (14 de septiembre de 1965).

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 60, 300-302.

<sup>3</sup> Act. of. Org. mund. Salud 87, 41-42.

<sup>4</sup> Act. of. Org. mund. Salud 95, 47.

<sup>5</sup> Act. of. Org. mund. Salud 110, 16.

Cuadro 1—Fondos de la OPS/OMS y del UNICEF asignados a los programas de la erradicación de la viruela, 1948-1964  
(En dólares E.U.A.)

Programas	OPS/OMS	UNICEF	Total
AMRO-0300 .....	130.426	—	130.426
Argentina-2 .....	9.736	—	9.736
Bolivia-0300 .....	51.544	—	51.544
Brasil-0300 .....	48.414	—	48.414
Colombia-17 .....	103.789	15.000	118.789
Cuba-8 .....	30.741	—	30.741
Chile-0300 .....	12.172	—	12.172
Ecuador-0300 .....	179.368	—	179.368
Haití-0300 .....	3.848	—	3.848
México-31 .....	5.307	—	5.307
Paraguay-15 .....	10.164	—	10.164
Perú-51 .....	1.148	—	1.148
Uruguay-12 .....	6.870	—	6.870
Venezuela-12 .....	5.750	—	5.750
Total .....	599.277	15.000	614.277

todavía hay algunos en que aquélla existe y donde las campañas de erradicación deben iniciarse sin demora. Es también necesario que los países donde los programas de erradicación se hayan prolongado indefinidamente y la incidencia de viruela sea muy elevada, presten amplia y cuidadosa atención a este tipo de actividad.

No se ha logrado aún la plena participación internacional en la labor de erradicación. Los focos de viruela que persisten en el Continente no sólo constituyen un problema para los países donde existen, sino que además representan una continua amenaza y un motivo de preocupación para otros que, gracias a su espíritu de perseverancia y solidaridad continental, están ya libres de la enfermedad. La persistencia de estos focos obliga a dichos países a proseguir sus esfuerzos para mantener la inmunidad de la población a un alto nivel. Debido a la reintroducción de la viruela o a la amenaza de reintroducción de la misma, algunos países libres de la enfermedad ya han tenido que repetir las campañas nacionales de vacunación colectiva.

La labor realizada por los Gobiernos y por la Organización para obtener cantidades adecuadas de vacuna liofilizada estable se ha visto coronada de éxito. Con la colaboración de la Organización, varios países están produciendo ahora vacuna en cantidad suficiente no sólo para atender sus propias necesidades, sino también para facilitarla a los países que no la preparan. En general, los países no están aprovechando adecuadamente los servicios ofrecidos

para realizar las pruebas de la vacuna, y unos cuantos experimentan dificultades en su preparación, ya que algunos lotes no satisfacen las normas mínimas de actividad, inocuidad y estabilidad estipuladas por la Organización Mundial de la Salud. Será necesario efectuar pruebas de las vacunas como práctica habitual con el objeto de mantener elevada su calidad. La Organización está dispuesta a proporcionar asesoramiento con miras al eficaz funcionamiento de los laboratorios que producen dicha vacuna y reitera nuevamente el ofrecimiento de los servicios para la realización de las pruebas correspondientes, que los diversos países debieran utilizar con más frecuencia.

Los 11 laboratorios para la producción de vacuna antivariólica que han contado con la colaboración de la OPS/OMS, en 1964 elaboraron 32.300.823 dosis de vacuna antivariólica liofilizada y 32.660.791 de vacuna glicerínada. En el cuadro 2 se indica la producción de ambas vacunas, según los informes recibidos.

Cuadro 2—Producción de vacuna antivariólica en las Américas, según los informes recibidos, 1964

País	Glicerínada	Liofilizada	Total
Argentina .....	7.190.000	—	7.190.000
Bolivia .....	—	864.200	864.200
Brasil .....	500.000	22.014.500	22.514.500
Colombia .....	—	3.069.500	3.069.500
Cuba .....	1.280.650	—	1.280.650
Chile .....	3.825.000	717.500	4.542.500
Ecuador .....	—	864.360	864.360
Guatemala .....	1.417.165	—	1.417.165
México .....	10.754.400	—	10.754.400
Perú .....	2.944.000*	3.553.700*	6.497.700*
Uruguay .....	2.493.000	—	2.493.000
Venezuela .....	2.256.576	1.217.063	3.473.639
Total .....	32.660.791	32.300.823	64.961.614

\* Enero-agosto.

— Ninguna.

Brasil, Colombia, Guatemala, México, Perú y Venezuela continuaron donando vacuna liofilizada o glicerínada con destino a los programas que se llevan a cabo en varios países de Centro y Sudamérica. La Organización ha actuado como organismo coordinador, tanto en relación con los países que solicitan vacuna como de los que la producen.

Sin embargo, la campaña de erradicación de la viruela en las Américas avanza a un ritmo más lento que el previsto. A pesar de los excelentes resultados obtenidos por diversos países que han



completado las campañas de erradicación o reducido la incidencia de la viruela a un bajo nivel, la enfermedad constituye todavía un importante problema de salud pública en las Américas. Para lograr la erradicación en todo el Hemisferio es necesario que los países interesados aúnen sus esfuerzos, tanto para proteger a sus propias poblaciones como para la seguridad de otros países que ya han adoptado las medidas necesarias para erradicar dicha enfermedad.

Si no se ha avanzado con más rapidez, ello se debe a consideraciones relacionadas con el grado de prioridad asignada y a circunstancias de orden político, financiero o administrativo, aisladas o combinadas. Los Gobiernos debieran asignar los fondos necesarios en el presupuesto nacional para proseguir las actividades de erradicación.

Está demostrado que donde existe viruela, sea en forma epidémica o endémica, y háy de parte de los Gobiernos una firme determinación de iniciar programas de erradicación y de procurar los recursos necesarios para llevarlos a buen término, la enfermedad desaparece en un corto período de tiempo.

Es evidente, por lo tanto, que la persistencia de la viruela no es resultado de la falta de experiencia ni de conocimientos técnicos sobre la manera de eliminarla, sino de la falta de determinación para hacerlo y del hecho de que no se facilitan los recursos que exige una empresa de esta naturaleza.

Es preciso iniciar programas de erradicación de la viruela o acelerar los que ya se encuentran en marcha. Es también apremiante la necesidad de vacunar a la población que tiene un bajo nivel de protección en los países cercanos a otros donde existe dicha enfermedad.

Los niveles de vacunación entre la población de zonas o países donde se han llevado a cabo programas nacionales de vacunación se mantienen por debajo de las proporciones y porcentajes recomendados (véase el cuadro 3). Al mismo tiempo, la notificación de casos sospechosos de viruela en zonas donde la población ya ha sido vacunada es deficiente, y la investigación (clínica y epidemiológica) y el diagnóstico de laboratorio se efectúan en una escala limitada y abarcan sólo a una pequeña proporción de los casos comunicados. Esta situación revela la necesidad de organizar servicios de vigilancia epidemiológica en los países donde se han completado programas de erradicación de la viruela o donde estos se están llevando a cabo.

Con el establecimiento de puestos de epidemió-

logos en todas las Oficinas de Zona, la Organización podrá cooperar más eficazmente con los diversos países a fin de crear los mencionados servicios de vigilancia. Se encuentran en fase avanzada los preparativos para organizar dos cursos de diagnóstico de la viruela en el laboratorio, que se celebrarán en 1966. Cabe esperar que el adiestramiento en este campo contribuya en gran medida a mejorar el diagnóstico y la notificación de casos de viruela.

Es difícil determinar la incidencia actual de la viruela en el Hemisferio debido al carácter incompleto y tardío de la notificación. En 1964, el Brasil, Colombia y Perú fueron los únicos países que registraron focos significativos de la enfermedad. El Brasil continúa notificando la gran mayoría de casos (2.502), y aunque en 1962 se inició un programa de vacunación en dicho país, la enfermedad persiste en muchas zonas. En el Perú la enfermedad que había sido erradicada en 1954 reapareció en 1963 en zonas limítrofes con el Brasil y en 1964 se notificaron 454 casos. En Colombia, Uruguay y la Argentina se registraron 21, 3 y 12 casos, respectivamente. En 1965, hasta el 31 de agosto, el Brasil ha notificado 448 casos; la Argentina, 11; Colombia, 146, y el Paraguay, 10.

La reducción de la incidencia de la viruela en las Américas a partir de 1947 (véase el cuadro 4) coincide con el progreso alcanzado mediante los programas de erradicación que los países llevan a cabo. Naturalmente, todas las cifras deben interpretarse con cierta cautela, debido al carácter incompleto de la notificación, pero dan una idea acerca de la tendencia de la enfermedad. La labor que realizan los diversos países para mejorar los sistemas de notificación, registro y diagnóstico de la viruela está contribuyendo gradualmente a mejorar el conocimiento de la enfermedad.

A continuación se resumen los progresos realizados en las campañas de erradicación de la viruela en varios países del Hemisferio.

El Salvador, Guatemala y Honduras, donde el porcentaje de la población inmunizada contra la viruela era pequeño, están avanzando satisfactoriamente en sus programas de vacunación, que se llevan a cabo como parte de la labor habitual de los servicios generales de salud.

En la Argentina la campaña nacional de vacunación que se inició en 1961 avanzó muy poco en 1964 debido a dificultades de carácter económico y administrativo. En este último año se vacunaron 284.239 personas. También en 1964 se registraron 12 casos,

Cuadro 3—Número de vacunaciones antivariólicas notificadas en las Américas, 1960-1964

Area	1960	1961	1962	1963	1964
Argentina .....	1.990.467	4.407.020	1.344.401	638.502	284.239
Bolivia .....	42.603	34.215 <sup>a</sup>	164.449	280.427 <sup>b</sup>	1.040.797 <sup>c</sup>
Brasil .....	4.910.091	...	2.061.179 <sup>d</sup>	6.955.330	8.016.713
Canadá .....	1.332.000	...	...	...	...
Colombia .....	3.195.355	1.250.685	191.083 <sup>e</sup>	1.936.676	1.702.972
Costa Rica .....	14.657	79.553	106.252 <sup>f</sup>	39.224 <sup>g</sup>	220.518
Cuba .....	38.635 <sup>h</sup>	129.647	135.319 <sup>h</sup>	50.755 <sup>g</sup>	63.173
Chile .....	285.314	382.946	703.297	946.000	1.481.820
Ecuador .....	783.338	535.668	685.595	653.517 <sup>g</sup>	652.571
El Salvador .....	33.373	24.554 <sup>g</sup>	143.835	200.091 <sup>i</sup>	435.839
Guatemala .....	123.590 <sup>j</sup>	129.590 <sup>g</sup>	127.004	109.249 <sup>g</sup>	555.724
Haití .....	441 <sup>j</sup>	3.135	180.719	350.156	293.441 <sup>k</sup>
Honduras .....	17.843	9.509	127.144 <sup>l</sup>	51.069 <sup>g</sup>	91.105
Jamaica .....	79.973	70.129	131.652	47.333	70.958
México .....	3.637.334	2.588.149	5.226.096 <sup>i</sup>	3.143.916 <sup>b</sup>	5.524.600
Nicaragua .....	8.803	19.385	3.335 <sup>e</sup>	19.280 <sup>g</sup>	94.752
Panamá .....	24.835	31.596	11.547 <sup>a</sup>	12.591 <sup>g</sup>	39.716
Paraguay .....	122.897	110.142	28.283 <sup>e</sup>	85.350 <sup>g</sup>	135.223
Perú .....	1.049.740	969.808	593.336	277.298 <sup>m</sup>	3.165.404 <sup>k</sup>
República Dominicana .....	26.057	10.000	35.135	20.492 <sup>g</sup>	66.552 <sup>n</sup>
Trinidad y Tabago .....	3.839	11.438	1.271 <sup>e</sup>	40.730 <sup>g</sup>	44.901
Uruguay .....	214.360	188.674	81.754 <sup>g</sup>	55.364 <sup>g</sup>	188.702
Venezuela .....	1.104.389	1.140.842	1.147.574 <sup>i</sup>	1.150.324	953.868
Antigua .....	1.603	1.186	446 <sup>a</sup>	3.552 <sup>g</sup>	1.558
Antillas Neerlandesas .....	3.665 <sup>j</sup>	...	2.400 <sup>a</sup>	...	...
Barbada .....	10.564 <sup>p</sup>	14.070	86.507	4.591 <sup>g</sup>	10.490
Belice .....	3.939	4.900	10.617	4.953 <sup>g</sup>	...
Bermuda .....	783 <sup>p</sup>	579	...	...	1.154
Dominica .....	...	1.351 <sup>a</sup>	2.315 <sup>e</sup>	1.470 <sup>g</sup>	1.585
Granada .....	3.402	2.695	1.031	1.445 <sup>m</sup>	2.477
Guadalupe .....	13.567 <sup>j</sup>	5.000 <sup>a</sup>	750 <sup>e</sup>	...	13.076 <sup>q</sup>
Guayana Británica .....	3.165	...	6.982	4.087 <sup>g</sup>	7.447
Guayana Francesa .....	2.204 <sup>a</sup>	1.120 <sup>a</sup>	1.122 <sup>i</sup>	1.922 <sup>m</sup>	1.590
Islas Bahamas .....	...	17.941	3.196	7.653 <sup>g</sup>	3.213
Islas Caimán .....	...	...	...	...	9.000
Islas Malvinas .....	128	...	...	...	...
Islas Turcas y Caicos .....	...	...	...	58 <sup>m</sup>	65 <sup>n</sup>
Islas Vírgenes (R.U.) .....	44	...	...	73 <sup>g</sup>	104
Martinica .....	18.817	7.650 <sup>a</sup>	10.685	11.641 <sup>m</sup>	9.779
Montserrat .....	1.204	903	927	873 <sup>g</sup>	458
Puerto Rico .....	...	...	...	...	...
San Cristóbal-Nieves-Anguila .....	3.300	2.979	...	...	...
San Pedro y Miquelón .....	224	...	...	...	...
San Vicente .....	...	...	2.405	1.512 <sup>g</sup>	1.820
Santa Lucía .....	...	...	3.200	1.500 <sup>m</sup>	...
Surinam .....	6.375	8.400	5.286	6.237 <sup>g</sup>	6.250
Zona del Canal de Panamá .....	9.523 <sup>j</sup>	...	...	...	...

<sup>a</sup> Datos incompletos.<sup>b</sup> Enero-noviembre 1963.<sup>c</sup> Enero 1964-mayo 1965.<sup>d</sup> Estado de São Paulo.<sup>e</sup> Enero-abril.<sup>f</sup> Enero-noviembre.<sup>g</sup> Enero-octubre 1963.<sup>h</sup> Enero-septiembre.<sup>i</sup> Enero-septiembre 1963.<sup>j</sup> Vacunaciones primarias.<sup>k</sup> Enero-septiembre 1964.<sup>l</sup> Provisional.<sup>m</sup> Enero-agosto 1963.<sup>n</sup> Enero 1964-abril 1965.<sup>o</sup> Enero-marzo.<sup>p</sup> La información excluye vacunaciones hechas por médicos generales. Fuente de información: Informe de los Gobiernos.<sup>q</sup> Enero 1964-junio 1965.

... No se dispone de datos.

Cuadro 4—Casos de viruela notificados en las Américas, 1948-1964\*

Area	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964 <sup>b</sup>
Argentina .....	166	1.176	4.462	1.404	982	309	256	55	86	335	27	36	65	6	2 <sup>c</sup>	—	12 <sup>d</sup>
Antillas Neerlandesas .....	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Belize .....	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bolivia .....	831	805	644	728	432	429	624	372	499	1.310	183	7	1	—	—	—	4
Brasil <sup>e</sup> .....	1.283	670	706	1.190	1.668	923	1.035	2.580	2.385	1.411	1.282	2.629	2.644	7.556	7.589	6.211 <sup>f</sup>	2.502 <sup>f</sup>
Canadá .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1 <sup>g</sup>	—
Colombia .....	7.356	3.040	4.818	3.844	3.235	5.526	7.203	3.404	2.572	2.145	2.009	950	209	16	41	4	21
Costa Rica .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cuba .....	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chile .....	5	4	3.564	47	15	9	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Ecuador .....	3.856	657	241	174	665	708	2.516	1.831	669	913	863	1.140	2.185	496	204	45	—
El Salvador .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Estados Unidos de América..	57	49	39	11	21	4	9 <sup>h</sup>	2 <sup>h</sup>	—	1 <sup>h</sup>	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala .....	6	4	10	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guayana Británica .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Haiti .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Honduras .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Martínica .....	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
México .....	1.541	1.060	762	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nicaragua .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panamá .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8 <sup>1</sup>	—	—	—	—	—	—
Paraguay .....	1.451	175	135	282	797	770	207	57	132	103	21	—	35	—	—	—	—
Perú .....	7.105	6.305	3.753	1.218	1.360	172	115	—	—	—	—	—	—	—	—	—	865
República Dominicana .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago .....	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uruguay .....	—	9	3	—	16	7	1	45	42	2	—	—	19 <sup>*</sup>	1 <sup>1</sup>	10 <sup>g</sup>	1 <sup>h</sup>	3 <sup>k</sup>
Venezuela .....	6.358	3.951	2.181	280	109	72	13	2	4 <sup>c</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—
Total .....	30.034	17.910	21.318	9.221	9.301	8.930	11.979	8.348	6.389	6.220	4.343	4.763	5.158	8.175	7.853	7.126	2.996

\* Cifras revisadas de acuerdo con los informes más recientes de los Gobiernos (correspondientes a 1961-1963).

<sup>1</sup> Últimas cifras recibidas.<sup>2</sup> Sólo capitales de los estados, 1948-1964.<sup>3</sup> Incluye cuatro casos importados.<sup>4</sup> Información recibida hasta el 30 de junio de 1965.<sup>5</sup> Datos incompletos: limitados a 19 Estados y un territorio.<sup>6</sup> Incluye dos casos importados.<sup>7</sup> Casos importados.<sup>8</sup> Ninguno.<sup>9</sup> Incluye un caso importado.<sup>10</sup> Incluye 10 casos importados.<sup>11</sup> Sólo diagnóstico clínico.

y actualmente se ha producido un brote, con 11 casos, en la Provincia de Corrientes, cerca de la frontera con el Paraguay. En la Argentina no se produce vacuna antivariólica liofilizada. La Organización está facilitando el equipo necesario para la preparación de este tipo de vacuna. La reanudación de la campaña en la Argentina constituirá una importante medida para erradicar la viruela de las Américas.

La campaña que se lleva a cabo en Bolivia, con la cooperación de la OPS y la OMS/AT, ha tropezado con numerosos obstáculos para su desenvolvimiento normal. La Organización está facilitando los servicios de un inspector sanitario que coopera con las autoridades nacionales de salud a fin de organizar y realizar actividades de campo. El considerable atraso en el desarrollo de la campaña se ha debido a factores políticos, económicos y administrativos. En 1964 se vacunaron 535.049 personas, o sea el 66,4% de la cifra prevista originalmente de 739.200.

El Brasil continúa su programa de erradicación de la viruela, de acuerdo con el cual se prevé la vacunación de 64.000.000 de habitantes en seis años. En 1964 se vacunaron 8.016.713 personas, con lo que ascendió a 15.901.304 el total de vacunados desde la iniciación del programa (junio de 1962). Las autoridades de salud brasileñas comprenden que es necesario acelerar la campaña con el fin de lograr la erradicación. Al ritmo actual, se necesitarían por lo menos 10 años para vacunar a 64.000.000 de personas. Para entonces, la población del país habrá aumentado en un 30% y la gran mayoría de la población vacunada habrá perdido su inmunidad. Teniendo en cuenta estos hechos, las autoridades nacionales de salud están revisando sus planes con el objeto de intensificar las campañas a fin de darles una administración más flexible y de emplear mejores medios de transporte y equipo moderno de vacunación. Para esto será preciso proporcionar mayor cantidad de personal y equipo.

Los laboratorios de Recife y Pôrto Alegre, así como el Instituto Oswaldo Cruz de Río de Janeiro, a los que la Organización facilitó el equipo necesario para preparar vacuna liofilizada, están elaborando vacuna de calidad satisfactoria, y su producción conjunta es suficiente para atender las actuales necesidades del país.

De los 2.996 casos notificados en las Américas en 1964, la gran mayoría (2.502, o sea, el 83,5%) continuó registrándose en el Brasil. No cabe duda de

que la incidencia de la enfermedad en dicho país es mucho mayor que la que indica el número de casos comunicados, ya que la notificación es incompleta y tardía. En 1964 dicha notificación sólo se refería a 10 estados; no se obtuvo información sobre el resto del país, aunque se sabe que la enfermedad está muy extendida tanto en la población urbana como en la rural.

El Brasil es el país clave en lo que respecta la erradicación de la viruela en las Américas, y una vez que se organice eficazmente el ataque contra dicha enfermedad en ese país y se coordine con los programas de los países vecinos, será posible eliminarla de las Américas. Es evidente que los recursos del Brasil son insuficientes para emprender una tarea de tal magnitud, por lo que será necesario obtener ayuda externa.

En Colombia, después de una campaña bien organizada que terminó en 1961 y abarcó al 93% de la población total del país, se han registrado los siguientes casos: 16 en 1961; 41 en 1962; 4 en 1963; 21 en 1964, y 155 en 1965 (hasta el 16 de agosto). Al principio, los casos estaban concentrados en unas pocas áreas, pero posteriormente se observó una prevalencia general. De acuerdo con los planes de la campaña, al terminar esta, los servicios generales de salud del país se encargarían de mantener el nivel de inmunidad de la población mediante la vacunación anual del 80% de los recién nacidos y del 20% de la población. Por varias razones, no fue posible alcanzar el objetivo previsto y cada año se administra la vacuna al 30%, aproximadamente, de recién nacidos y al 10% de la población general.

En vista del número cada vez mayor de casos notificados, el Gobierno examina la posibilidad de organizar un nuevo programa de vacunación que abarcaría por lo menos al 80% de la población en tres años. Para este fin se necesitará ayuda externa.

En el Perú, donde se había erradicado la enfermedad en 1954, se reintrodujo esta en 1963, año en que se notificaron 865 casos. En 1964 se notificaron 454 casos, la mayoría de ellos en el Departamento de Loreto en la región nordeste del país. En esta zona, el porcentaje de habitantes vacunados contra la viruela durante la campaña de erradicación fue reducido. El brote se circunscribió a ella y la enfermedad no se propagó al resto del país. El Gobierno inició un programa de vacunación antivariólica mediante el cual, hasta septiembre de 1964, se había logrado vacunar a 3.165.404 personas. Se estableció un servicio de vigilancia con el fin de investigar

cualquier caso sospechoso que pudiera surgir una vez completado el programa de vacunación intensiva.

El objeto del programa de vacunación antivariólica en Haití, que se inició en julio de 1962 consiste en vacunar al 80% de la población en un plazo de cinco años. Entre dicha fecha y el 15 de octubre de 1964 se vacunaron 847.109 personas; 293.441 de estas vacunaciones se efectuaron en los primeros nueve meses de 1964. Sólo se alcanzó el 58% de las cifras previstas para 1964. El programa ha tropezado con dificultades financieras y administrativas.

La campaña de erradicación de la viruela en el Ecuador, que se inició en 1958, quedó completada en mayo de 1964. Durante este período se vacunaron 3.531.989 personas, o sea, el 85% de la población del país. No se han notificado casos de viruela en 1964 o en 1965 (hasta el presente). En 1960 se notificaron 2.185 casos, 496 en 1961, 204 en 1962 y 45 en 1963. Será necesario reforzar las medidas para mantener la inmunidad de la población a un alto nivel, así como para mejorar el mecanismo de vigilancia y notificación de casos, diagnóstico e investigación epidemiológica de los nuevos casos que puedan ocurrir en el futuro.

### Conclusiones

En vista de que el único reservorio es el hombre y de que la vacunación constituye una protección eficaz durante varios años, la erradicación de la viruela en las zonas endémicas está muy dentro del ámbito de la medicina preventiva moderna.

Por otra parte, si bien los medios de prevención de la viruela han sido conocidos desde fines del siglo XVIII, dicha enfermedad sigue siendo endémica en muchos países del Hemisferio. Las campañas sistemáticas y debidamente organizadas con el fin de administrar la vacuna antivariólica a la población son medidas suficientes para lograr la erradicación de la enfermedad. El hecho de que aún no se haya logrado dicho objetivo se ha debido a diversos factores, entre los cuales el más importante es la cobertura incompleta de la población debido a servicios inadecuados de salud, la baja prioridad concedida al problema y dificultades económicas y administrativas.

Los gastos que supone la terminación, con resultados satisfactorios, de un programa de erradica-

ción, aunque considerables, son exiguos en comparación con el costo en dinero y, especialmente, en vidas humanas y sufrimientos que causa la presencia continua de la enfermedad. La erradicación de la viruela es de suma importancia para todos los países, tanto para proteger a sus poblaciones como para la seguridad de otros países que ya están libres de dicha enfermedad. Por lo tanto, es indispensable encarecer a todos los países donde todavía existe la viruela a fin de que adopten todas las medidas necesarias para superar las dificultades financieras y administrativas que pueden haber retrasado las actividades antivariólicas y de que concedan al programa de erradicación la prioridad que merece desde el punto de vista de la salud nacional e internacional.

Es evidente que la erradicación de la viruela constituye una responsabilidad nacional y que sólo puede lograrse mediante un esfuerzo también nacional. No obstante, interesa señalar además que la erradicación de dicha enfermedad constituye un motivo de preocupación no sólo para los países infectados, sino para todos ellos, ya que los que están actualmente libres de la viruela corren el riesgo de que se introduzca la infección desde las zonas endémicas.

No cabe duda de que es preciso dedicar al programa de erradicación de la viruela un esfuerzo cada vez mayor y proporcionarle apoyo creciente, tanto en escala nacional como internacional, si se han de lograr resultados satisfactorios en el futuro previsible.

Incluso si se asignan mayores recursos nacionales a los programas de erradicación de la viruela, los países endémicos no conseguirán erradicar la enfermedad sin una ayuda considerable de las organizaciones internacionales y de los países donde la enfermedad ha dejado de ser endémica.

Los países endémicos podrían controlar rápidamente la enfermedad y, a la larga, eliminarla, si decidieran tomar medidas enérgicas y recibieran ayuda de los países que están libres de la enfermedad y siempre que adoptaran la legislación y las medidas presupuestarias indispensables para cumplir la obligación internacional que todos los Gobiernos asumieron al aprobar las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud.

## ESTADO DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD <sup>1</sup>

### Principales actividades del año pasado

En las secciones siguientes de este documento se da cuenta del estado general de los planes nacionales de salud, pero hay dos acontecimientos que merecen especial mención: la reunión de un Grupo de Estudio sobre Planificación de Salud en febrero, y las Discusiones Técnicas que tuvieron lugar durante la 18<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1965.

#### *Grupo de Estudio sobre Planificación de Salud* <sup>2</sup>

Bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana, y con la colaboración del Gobierno de Venezuela, se reunió en Puerto Azul, Venezuela, del 1 al 6 de febrero de 1965 un Grupo de Estudio sobre Planificación de Salud, encargado de examinar las recientes experiencias en planificación de la salud en los países de América Latina, y de recomendar medidas que faciliten a los países el cumplimiento de los objetivos sobre esta materia establecidos en los acuerdos interamericanos. Integraban el Grupo de Estudio 14 expertos de alta categoría en planificación de salud, procedentes de siete países de América Latina, seis especialistas en planificación de la OSP, un funcionario del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y un observador de la Universidad Johns Hopkins.

Al examinar el estado actual de los planes de salud en América Latina, el Grupo de Estudio comprobó que algunos países habían realizado considerables progresos, mientras que en otros habían surgido dificultades por la escasez de datos adecuados, la falta de personal capacitado en planificación en todos los niveles, la necesidad de conocer mejor y de perfeccionar el método de planificación del Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela, y la Organización Panamericana de la Salud, la deficiente organización y administración de los servicios de

salud, el inadecuado intercambio de experiencias e información y diversos problemas de orden político.

Con respecto al método de planificación CENDES-OPS, el Grupo de Estudio estimó que la dificultad en cuanto a su aplicación se debía, en parte, a defectos o deficiencias metodológicas y, en parte, a la falta de conocimientos científicos sobre la materia objeto de la planificación. En opinión del Grupo, es indispensable elaborar un programa de investigaciones para remediar ambas deficiencias y establecer un centro encargado de dirigir y promover dichas investigaciones, el cual deberá estar ligado al trabajo de campo que realicen los países, especialmente en áreas experimentales.

El Grupo de Estudio estimó que las unidades de planificación nacional de salud debían ser esencialmente de naturaleza asesora y estar al servicio de las autoridades que definen y deciden la política sectorial, y que dichas unidades debían estar representadas en las dependencias generales de planificación nacional. El personal de las unidades de planificación de salud debía ser del más alto nivel, y de dedicación exclusiva, dada la calidad técnica que requiere el ejercicio de sus funciones.

Por último, el Grupo recomendó que el adiestramiento básico del personal de planificación de nivel superior debía comprender la teoría y la práctica de la planificación de salud, además de otras disciplinas afines, que el contenido general de la formación del personal de nivel medio debía tener fundamentalmente las mismas características, pero concediendo menos importancia a lo teórico y más a lo práctico, y que el adiestramiento del personal del tercer nivel debía ser esencialmente operativo y podía ser impartido como parte del adiestramiento en el servicio. Esta tarea se simplificaría si el centro propuesto por el Grupo de Estudio para dirigir y promover investigaciones asumiera también la función de organizar y dirigir cursos internacionales, así como de asesorar y colaborar en la organización de cursos nacionales de nivel superior, de preferencia en estrecha colaboración con las escuelas de salud pública.

<sup>1</sup> Documento CD16/15 (20 de julio de 1965).

<sup>2</sup> Las conclusiones de esta reunión aparecen en el Apéndice, págs. 396-401.

### *Discusiones Técnicas en la 18ª Asamblea Mundial de la Salud*<sup>3</sup>

Las Discusiones Técnicas celebradas durante la 18ª Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza (7 y 8 de mayo de 1965), versaron sobre el tema "Planificación sanitaria". El personal de la OSP facilitó los servicios de secretaría, los miembros de las delegaciones de los Gobiernos de las Américas representados en la Asamblea participaron activamente en los debates, y varias publicaciones de la OPS y diversos planes nacionales de salud formulados por diferentes países del Hemisferio formaron parte de la documentación básica.

Se recomendó que la Organización Mundial de la Salud iniciara o apoyara investigaciones con el fin de establecer "normas" de disponibilidad de servicios para utilizarlas en la organización de servicios de salud, así como cursos de adiestramiento en planificación de salud, y que debía proporcionar orientaciones en esta materia con el fin de facilitar las actividades de planificación en los países en desarrollo.

El cuadro 1 indica la creciente actividad que se lleva a cabo en la Región de las Américas con miras a formular normas o niveles para los servicios de salud; en el cuadro 3 se resume la labor de adiestramiento. La publicación titulada *Programación de la salud: Problemas conceptuales y metodológicos*,<sup>4</sup> de distribución general, representa el primer paso para facilitar dichas orientaciones. Se prosigue sistemáticamente en las Américas la labor relativa a los tres aspectos de la recomendación destinada a la Organización Mundial de la Salud.

### **Estado general de los planes nacionales de salud**

En el cuadro 1 se presenta el estado general de los planes nacionales de salud a mediados de 1965. De los 22 Gobiernos informantes, 16 habían establecido unidades nacionales de planificación que estaban ya en funcionamiento, y aun en países donde no existía una dependencia de planificación oficialmente designada para el sector salud (por ejemplo, el Ecuador), se había formulado un plan de salud con la colaboración de las autoridades nacionales de salud y de la oficina encargada de la planificación general económica y social.

<sup>3</sup> El Informe de las Discusiones Técnicas figura en el documento de la OMS A18/Technical Discussions/6, Rev. 1 (12 de mayo de 1965).

<sup>4</sup> *Publicación Científica de la OPS III*. Washington, D.C., 1965.

Los Gobiernos de 10 países habían completado la fase de diagnóstico del proceso de planificación y 11 habían elaborado por lo menos un plan nacional de salud a corto plazo.

La discrepancia entre estas cifras se debe a que algunos de los primeros planes formulados se basaban en cifras fácilmente disponibles y no comprendían el tipo de diagnóstico establecido en fecha más reciente. Aunque los objetivos iniciales de la Alianza para el Progreso se habían enmarcado en un programa decenal de salud, se observará que varios países concentraron su labor de planificación en un período más breve, comúnmente cuatro o cinco años.

Se ha considerado que la técnica del presupuesto por programa constituye una medida importante en el proceso de planificación, como instrumento de planificación propiamente dicho y como medio de presentar la actividad planificada en forma coherente y ordenada a las autoridades financieras nacionales y a las fuentes de ayuda económica externa. Se observará que 12 Gobiernos, incluyendo uno que aún no ha completado sus planes, habían establecido presupuestos por programa.

Se recopiló información sobre normas puesto que se reconoce cada vez más que el establecimiento de niveles para la actividad que ha de ser objeto de planificación es una medida indispensable para decidir sobre los instrumentos que se emplearán para llevar a cabo un plan de salud y para la evaluación subsiguiente de los servicios prestados. Este hecho se reflejó en las Discusiones Técnicas que tuvieron lugar durante la mencionada Asamblea Mundial de la Salud. En seis países se habían establecido ya normas y en otros cuatro se estudiaba su formulación o se habían establecido en relación con algunas actividades cuando menos. En las Américas la adopción de normas comprendía, además de las relativas a la cantidad de servicios que se proporcionarían, normas detalladas para evaluar el rendimiento de los diversos instrumentos.

Finalmente, se observará que en ocho países los planes de salud se encontraban ya en la fase de ejecución, y que los problemas administrativos y de ejecución derivados de la aplicación de dichos planes deberán ser objeto en el futuro de una atención mucho mayor por parte de los administradores de los servicios de salud pública en general, y de los funcionarios encargados de la planificación en particular.

Cuadro 1—Estado de los planes nacionales de salud en las Américas, a mediados de 1965

País	Unidad de planificación de salud en funcionamiento	Diagnóstico completado	Plan completado	Presupuesto por programa formulado	Normas establecidas	Plan en ejecución
Argentina .....	X	— <sup>a</sup>	—	—	—	—
Bolivia .....	X	...	X <sup>b</sup>	X	...	...
Brasil .....	X	—	—	—	...	—
Colombia .....	X	X	X <sup>c</sup>	X	X	X
Costa Rica .....	X	X	X <sup>d</sup>	X	—	— <sup>a</sup>
Cuba .....	X	X <sup>e</sup>	X <sup>e</sup>	X	...	X <sup>e</sup>
Chile .....	X	X	X	X	X	X
Ecuador .....	—	X	X	X	X	—
El Salvador .....	X	X	X	X	X	X
Guatemala .....	X	— <sup>a</sup>	—	X	—	—
Haití .....	—	—	—	—	—	—
Honduras .....	X	X	X <sup>f</sup>	— <sup>a</sup>	X	— <sup>a</sup>
Jamaica .....	—	—	—	...	...	—
México .....	— <sup>g</sup>	—	—	—	— <sup>a</sup>	—
Nicaragua .....	X	X	X	X	— <sup>a</sup>	X
Panamá .....	X	X	X	X <sup>h</sup>	X <sup>h</sup>	X
Paraguay .....	X	X	X <sup>h</sup>	X	— <sup>a</sup>	X
Perú .....	X	X	X <sup>f</sup>	X	X	X
República Dominicana .....	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago .....	X	—	—	...	...	—
Uruguay .....	—	— <sup>a</sup>	—	—	—	—
Venezuela .....	X	— <sup>a</sup>	—	—	—	—

<sup>a</sup> En preparación.

<sup>b</sup> Plan de dos años.

<sup>c</sup> Plan cuatrienal; nuevo plan en preparación.

<sup>d</sup> Plan cuatrienal de inversiones; actualmente es objeto de revisión.

<sup>e</sup> Plan de un año para 1966. Diagnóstico hasta 1970 en preparación.

<sup>f</sup> Plan quinquenal.

<sup>g</sup> La unidad de planificación se está organizando.

<sup>h</sup> Respecto de algunos programas únicamente.

... No se dispone de información.

### Planes de salud y planes generales de desarrollo económico y social

Como puede verse en el cuadro 2, el porcentaje de gastos del gobierno central destinado a la salud pública no se modificó en general en relación con el año anterior. El cambio de rango de algunos países, en comparación con el que tenían en 1964, según se indica en el Documento CD15/4,<sup>5</sup> se refieren principalmente a casos dudosos en que el porcentaje revelaba el aumento o la disminución de unos pocos puntos. Por otra parte, la relativa estabilidad del porcentaje de fondos gubernamentales destinados a la salud no significa estancamiento, ya que en

muchos países se registraba un aumento general en los presupuestos de los Gobiernos, y la proporción relativa destinada a la salud se mantuvo inalterable simplemente porque este aspecto compartía el aumento general de la actividad gubernamental en una gran variedad de sectores económicos y sociales.

Este año no se ha intentado ordenar los países según los fondos invertidos en salud por habitantes en el sector público. Las comparaciones entre países en cuanto a dólares invertidos suscitan muchas dudas debido a la influencia de las variaciones en los tipos de cambio, y las estimaciones que ha efectuado la Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas acerca del poder adquisitivo relativo de las monedas nacionales se basan en los precios de la totalidad de bienes y servicios de la

<sup>5</sup> Documento Oficial de la OPS 60, 308-312.



**Cuadro 2—Distribución de los países americanos según el porcentaje de los gastos del gobierno central destinados a salud pública, 1963-1964**

Países que dedican el 10% o más de los gastos del gobierno central a salud pública:

El Salvador  
Haití  
Panamá  
Venezuela

Países que dedican por lo menos el 5%, pero sin llegar al 10%, de los gastos del gobierno central a salud pública:

Colombia  
Cuba  
Chile  
Ecuador  
Guatemala  
Honduras  
México  
Perú  
República Dominicana  
Uruguay

Países que dedican menos del 5% de los gastos del gobierno central a salud pública:

Argentina  
Bolivia  
Brasil  
Costa Rica  
Nicaragua  
Paraguay

*Fuente:* Cálculos hechos por la OPS principalmente sobre la base de datos publicados en los *Informes Anuales del Fondo Fiduciario de Progreso Social*, del Banco Interamericano de Desarrollo, correspondientes a 1963 y 1964.

economía y no pueden aplicarse al grupo, un tanto especial, de bienes y servicios comprados por el sector salud.

Se había esperado iniciar un estudio directo del problema en 1965, a fin de establecer algunas comparaciones entre los países en cuanto a gastos destinados a la salud, pero a fin de evitar la duplicación de actividades se decidió confiar en la información que se recopilará como parte de los estudios sobre construcción de hospitales y de los gastos en salud efectuados por los Ministerios de Salud y por los organismos de seguridad social.<sup>6</sup>

En cuanto a la integración de los planes de salud con los planes nacionales de desarrollo económico y social, se ha avanzado considerablemente mediante el sistema de estudios anuales por países que realiza el Comité Interamericano de la Alianza para el

Progreso (CIAP). Los primeros análisis de planes nacionales de inversión para el sector público, efectuados por dicho Comité en 1964, se referían principalmente a problemas de la balanza de pagos y a los principales elementos económicos, como el consumo, la inversión, las importaciones y las exportaciones. En cambio, en los estudios por países de 1965, que se proyecta efectuar de julio a octubre, se estudiará por separado el sector salud y en el caso de algunos países se realizarán estudios a fondo de los principales proyectos de salud que requieren ayuda financiera externa o que tienen influencia directa sobre otros programas de inversión. La Oficina Sanitaria Panamericana está participando activamente en la preparación de material destinado a la secretaría del CIAP.

Si bien en la preparación de documentación para el CIAP por parte de organismos nacionales de planificación económica y social, se ha prestado cada vez más atención al papel que desempeña el sector salud y a sus requerimientos, cabe señalar dos inconvenientes principales.

En primer lugar, los estudios del CIAP tienen que ver principalmente con los programas de inversión. En el campo de la salud la inversión se refiere principalmente a la construcción de hospitales y otras instalaciones permanentes, y aun la escasa información de que se dispone actualmente para América Latina revela que, en forma general, los gastos corrientes de operación (en que los sueldos y salarios constituyen el componente principal) son cuantitativamente más importantes que los gastos (inversiones) de capital. En muchas actividades preventivas y en los programas de "penetración", en particular, los componentes que representa la inversión son pequeños. Además, la planificación sistemática de los servicios de salud ha permitido—y este ha sido uno de sus efectos importantes—concentrar la actividad en el mejor aprovechamiento de las instalaciones existentes. Por ejemplo, cuando se aumente el número efectivo de camas de hospital disponibles, una vez que se reduzca la permanencia media del paciente en el hospital, es posible que este adelanto positivo no entrañe aumento alguno en la construcción de hospitales, e incluso posiblemente disminuya el número de las nuevas construcciones previstas, de modo que no será tan manifiesto en las estadísticas presentadas al CIAP.

En segundo lugar, como en la mayoría de los países de América el ejercicio privado de la medicina está sujeto a muy pocos controles restrictivos y a

<sup>6</sup> Véase *Administración de servicios de atención médica—Nuevos conceptos para la formulación de una política continental. Publicación Científica de la OPS 129, 1966.*

una intervención muy limitada del Gobierno, no ha sido posible hasta ahora obtener datos suficientes sobre este importante campo de actividad. Aunque es poco probable que se obtenga en el futuro próximo amplia información sobre el sector privado, se espera que los estudios de la OPS sobre las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de la seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud, permitan obtener información más adecuada sobre los gastos en salud en el sector público.

### Adiestramiento

El curso internacional sobre planificación de salud que se ofrece anualmente en español en Santiago de Chile desde 1962, en colaboración entre la OPS y el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social ha ejercido, con mucho, la influencia más importante sobre el desarrollo de la planificación de salud en el Continente.

Hasta diciembre de 1964, 73 funcionarios principales de los servicios nacionales de salud, así como numerosos miembros del personal de la OSP, habían recibido adiestramiento en cursos internacionales. Hasta ahora, los servicios de los planificadores han tenido una acogida excepcionalmente favorable. Las pérdidas han sido muy pocas: uno de los planificadores falleció, otro fue nombrado gobernador de un estado, un planificador de un país entró a prestar servicio a la OSP y un funcionario de esta Organización se reincorporó al servicio nacional; los egresados restantes del curso de Santiago están dedicados activamente a la planificación como integrantes de unidades sectoriales de planificación de salud, como altos funcionarios de otros servicios de salud, como profesores de salud pública o medicina preventiva y como consultores de la OSP en planificación de salud o en el campo general de los servicios de salud pública. En el cuadro 3 se presenta información detallada a este respecto.

Aunque en general no ha variado fundamentalmente el contenido ni la metodología del curso de Santiago, cabe mencionar entre las principales mo-

dificaciones introducidas en 1964, la mayor importancia que se concede a los problemas administrativos relacionados con la ejecución de los planes de salud y al presupuesto por programa en particular, así como el empleo de las recientes experiencias de Colombia y Perú como guía para utilizar muestras estratificadas en la elaboración de planes de salud para los países de mayor extensión.

El personal de la OSP continuó participando en el curso de adiestramiento internacional en inglés, que se ha venido organizando anualmente desde 1963 en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, con el apoyo financiero de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), de los Estados Unidos de América. Este curso sirve también como vínculo entre las Américas y el resto del mundo debido a la participación de numerosos funcionarios de la AID y de la OMS, junto con personal de los servicios de salud de muchos países; el plan de estudios comprende un análisis minucioso de la planificación de salud en la América Latina.

Se continuó dedicando preferente atención a los cursos nacionales de adiestramiento, y en junio de 1965 unos 253 funcionarios habían recibido formación en cursos de seis semanas de duración por lo menos; en otros más breves recibieron adiestramiento unos 235 profesionales y 361 personas de categoría auxiliar. El personal de la OSP que intervino en el tercer curso internacional en Santiago participó también en un curso especial de adiestramiento de personal chileno de los servicios nacionales, que se celebró simultáneamente en el último trimestre de 1964, y se completaron los preparativos para los cursos que se dictarán en Trinidad y Tabago, y en el Brasil (para funcionarios de salud de los estados del nordeste), en julio-agosto de 1965. La OPS colaboró igualmente en la organización de un curso nacional de adiestramiento en Venezuela en 1964. Además, el personal de la OSP adscrito a Zonas y proyectos en varios países tomó parte en la organización y presentación de cursillos, mesas redondas y conferencias sobre planificación de salud.

Cuadro 3—Adiestramiento y utilización de los servicios de los planificadores de salud en las Américas, a mediados de 1965

País	Cursos internacionales de adiestramiento			Cursos nacionales de adiestramiento		
	No. de personas capacitadas	No. de personas dedicadas a planificación de la salud	No. de personas dedicadas a otras actividades de salud	No. de personas capacitadas en los cursos principales <sup>a</sup>	No. de personas capacitadas en cursillos	
					Profesionales	Auxiliares
Argentina .....	5	2	3	—	—	—
Bolivia .....	4	...	...	...	...	...
Brasil .....	9	...	...	<sup>b</sup>	—	—
Colombia .....	5	2	3	—	19	—
Costa Rica .....	2	1	1	—	20	—
Cuba .....	1	1	0	...	...	...
Chile .....	6	5	1	3	30	20
Ecuador .....	2	1	1	—	—	—
El Salvador .....	5	1	4	—	12	73
Guatemala .....	2	2	—	—	18	84
Haití .....	—	—	—	—	—	—
Honduras .....	3	2	1	—	—	20
Jamaica .....	1	—	1	—	—	—
México .....	3	—	3	—	60	10
Nicaragua .....	2	1	1	—	10	30
Panamá .....	3	1	2	—	6	6
Paraguay .....	3	2	1	—	—	—
Perú .....	5	5	—	132	—	18
República Dominicana .....	2	...	...	—	—	—
Trinidad y Tabago .....	—	—	—	<sup>b</sup>	—	—
Uruguay .....	3	1	1	40	60	100
Venezuela .....	7	2	4	78	—	—
Total .....	73	29	27	253	235	361

<sup>a</sup> Los cursos principales son aquellos que tienen una duración mínima de seis semanas.

<sup>b</sup> Curso celebrado en julio-agosto de 1965.

... No se dispone de información.

### Apéndice

#### INFORME FINAL DEL GRUPO DE ESTUDIO SOBRE PLANIFICACION DE SALUD—CONCLUSIONES <sup>1</sup>

*Tema I: Estado actual de la planificación de la salud en la América Latina*

1. Para analizar el estado actual de la planificación de

la salud en la América Latina, el Grupo de Estudio estimó necesario definir lo que, en su concepto, son el proceso de la planificación y los planes nacionales de salud.

La planificación de la salud es un proceso permanente que se inicia cuando se toman medidas para programar

<sup>1</sup> Documento PS18 (6 de febrero de 1965).

las acciones de salud dentro de la programación del desarrollo económico y social, mediante la diferenciación de organismos específicos. En esta forma, el proceso adquiere un carácter dinámico que genera su propio perfeccionamiento.

Un plan nacional de salud, como parte integrante de un plan general de desarrollo, debe definir los problemas de salud y abarcar todas las actividades tendientes a resolverlos, que sean de responsabilidad de los organismos del sector. El plan debe ser el resultado de un diagnóstico integral de la situación de salud, que permita la formulación de una política básica para el establecimiento de las metas por alcanzar en los plazos que defina el plan general de desarrollo.

Dentro de este marco conceptual puede afirmarse que en los últimos tres años se han logrado progresos efectivos en América Latina, aun cuando existen diversos grados de desarrollo del proceso entre los países. La mayoría de ellos han tomado ya las medidas iniciales; unos cuantos han preparado personal e iniciado la etapa de formulación de planes, y uno solo cuenta con un plan de salud que se encuentra en ejecución.

En general, estos progresos están generando factores que contribuyen a impulsar y consolidar el propio proceso, lo cual permite, en la opinión del Grupo, expresar un juicio optimista para el futuro inmediato.

2. El Grupo de Estudio estimó que los diversos grados de desarrollo alcanzados por países en el proceso de la planificación de la salud se deben a diferentes factores, unos favorables y otros que han constituido dificultades que es preciso analizar.

En términos generales, algunas de las dificultades son inherentes a las exigencias metodológicas, mientras que otras son derivadas de factores administrativos y políticos de orden general.

2.1. *Escasez de datos adecuados.* El Grupo de Estudio reconoció que la escasez de datos adecuados se debe, en buena medida, a la situación de subdesarrollo de los países de América Latina. Al mismo tiempo, consideró que el proceso de planificación es un factor fundamental para mejorar la producción y utilización de las estadísticas. En ese sentido, el Plan Nacional de Salud debe incluir programas de mejoramiento de aquellas, que comprendan preparación de personal, facilidades de equipo y material y una adecuada coordinación con otros organismos productores de datos.

Si bien la escasez de datos adecuados es un problema grave, se consideró que no debe constituir un obstáculo para iniciar el proceso de planificación de salud.

El Grupo consideró que se debe aprovechar las ventajas que brindan las técnicas de muestreo y las investigaciones especiales para suplir la falta de información básica o para complementarla en la medida necesaria.

2.2. *Escasez de personal adiestrado en planificación.* Se reconoció que la escasez de personal adiestrado afecta

no sólo la planificación, sino que es común a una deficiencia general existente en todo el campo de la salud. Esta carencia ha sido uno de los factores determinantes de la lentitud en iniciar y desarrollar el proceso. Tal situación se acentúa por el hecho de que, habiéndose iniciado el adiestramiento en la mayoría de los países, la selección y el aprovechamiento de ese personal no han sido totalmente adecuados ya que, en unos casos, el personal adiestrado suele no ser utilizado para funciones donde pueda aplicar los conocimientos adquiridos y, en otros, es víctima de la inestabilidad político-administrativa.

Es obvio para el Grupo de Estudio que semejante situación sólo puede ser superada mediante una acción intensa de adiestramiento en planificación a todos los niveles, destinada tanto al personal directamente involucrado en la formulación del plan como a todos los otros funcionarios que tienen a su cargo tareas ejecutivas en los servicios.

2.3. *Falta de una metodología adecuada.* La falta de una metodología para planificar la salud dentro de la planificación del desarrollo económico y social fue uno de los obstáculos con que se tropezó para iniciar el proceso en los países de América Latina. Debido a esta situación, se careció de unidad conceptual para apreciar el problema dentro del sector salud y en sus relaciones intersectoriales.

La metodología elaborada por el Centro de Estudios del Desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud ha dado respuesta a muchas de estas dificultades, a pesar de lo cual no cuenta con amplia aceptación por razones de desconocimiento o de información incompleta. El perfeccionamiento y difusión de esta metodología será un medio valioso para superar algunos obstáculos con que ha tropezado la iniciación del proceso.

2.4. *Fallas en la estructura administrativa existente.* No hay duda que en algunos países la estructura actual de los servicios de salud es inadecuada para el proceso de planificación debido a su heterogeneidad, multiplicidad y defectuosa organización y administración. Se ha carecido de un mecanismo central planificador y de disposiciones legales para impulsar y desarrollar el proceso, global y sectorialmente.

La experiencia en algunos países demuestra que el proceso de planificación ha significado una motivación para lograr modificaciones, a veces sustantivas, de la organización administrativa del sector. Sin embargo, no debe exigirse cambios radicales en la estructura administrativa como condición previa para iniciar el proceso de planificación. Los cambios deben llevarse a cabo en forma progresiva y considerando las rigideces propias de la realidad institucional de los países. Estos cambios progresivos evitan resistencia que podría ser perjudicial al proceso y facilitan reajustes sobre la base de los resultados obtenidos con el plan.

2.5. *Falta de un adecuado intercambio de experiencias e información.* El Grupo de Estudio consideró que la falta de un adecuado intercambio de experiencias e información entre quienes trabajan en el campo de la planificación de la salud ha sido una de las dificultades que han impedido acelerar el proceso en América Latina.

2.6. *Problemas políticos.* No obstante el interés que han manifestado los Gobiernos por la planificación, especialmente en los acuerdos internacionales, en la práctica no todos han dado el debido respaldo a la iniciación y el desarrollo del proceso. Diversos factores, entre los cuales cabe mencionar el desconocimiento de las ventajas de la planificación, la falsa suposición de considerar la planificación como un simple medio para solicitar ayuda financiera externa, el temor a la pérdida de poder político, etc., han sido causa de esta situación.

El Grupo estimó que era necesario, entre otras medidas, un mayor acercamiento a las autoridades a fin de demostrarles el valor político y social del plan y la realización de acciones concretas derivadas del proceso las que, además, contribuirían a prestigiar la gestión del planificador.

Mucha de la resistencia se debe a la tendencia inconsciente de los planificadores de adoptar actitudes que exceden sus funciones asesoras. El proceso de planificación debe considerarse como una herramienta al servicio del perfeccionamiento de las decisiones y, de ninguna manera, un sustituto de mecanismos administrativos y políticos.

*Tema II: Metodología de planificación de salud elaborada por el CENDES y la OPS—Resultados de su aplicación*

1. El Grupo de Estudio consideró que, para revisar las experiencias obtenidas como resultado de la aplicación de la metodología de planificación de salud en algunos países de América Latina, elaborada por CENDES-OPS, era necesario definir previamente sus fundamentos y los requisitos metodológicos que la inspiraron, que fueron los siguientes:

1.1. Medir el nivel de salud de un área, región o país en términos cuantificables.

1.2. Establecer la relación entre el nivel de salud y el medio físico, económico y social, y cuantificar el grado de la misma. Para esto se requiere:

a) Expresar el nivel de salud en términos de sus elementos componentes.

b) Identificar los factores condicionantes de cada uno de los daños.

c) Establecer coeficientes de relación entre los daños y los factores condicionantes respectivos.

d) Establecer la relación entre el nivel de salud y el contexto económico y social del área, región o país, a través de su relación con los factores condicionantes.

e) Definir la unidad mínima que constituye el sujeto de la programación, a fin de que el conocimiento de la

relación entre el nivel de salud y los factores condicionantes del medio sea lo más aproximado a la realidad, evitando la abstracción a que lleva el uso de promedios nacionales.

1.3. Determinar la cuantía de los recursos utilizados y analizar la política de salud seguida en su uso. Este proceso comprende:

a) Determinar la cantidad global de recursos en uso, su distribución en actividades y técnicas, su costo y las características de su utilización, tales como composición, concentración, cobertura, grado de utilización, rendimiento, etc.

b) Establecer la cuantía de recursos asignados al ataque de cada uno de los daños que afectan el nivel de salud.

c) Establecer la eficacia de la política de salud, midiendo el efecto producido por el uso de los recursos sobre los daños, expresándolo por la relación costo-efecto.

1.4. Formular la política básica de salud que conduzca al establecimiento de las metas del plan. Para esto es necesario:

a) Formular un pronóstico del nivel de salud, de acuerdo a las modificaciones que se prevén en los factores condicionantes y como consecuencia del plan general de desarrollo.

b) Establecer un modelo normativo y evaluar la política de salud actual, comparándola con este, para decidir acerca de su grado de satisfacción y mutabilidad.

c) Determinar las técnicas más eficientes para el ataque a cada daño.

d) Establecer las prioridades de los daños, de acuerdo con criterios de magnitud, vulnerabilidad, trascendencia social y costo.

1.5. Establecer las metas del plan, considerando las alternativas posibles, los plazos para su cumplimiento y su significado desde el punto de vista de las vinculaciones entre el plan de salud y el plan de desarrollo.

2. En la actualidad, la metodología elaborada por CENDES-OPS no puede ser juzgada en función de sus resultados, debido al corto tiempo de su aplicación. Sin embargo, el Grupo de Estudio considera que responde conceptualmente a los requisitos metodológicos para planificar la salud dentro de la planificación del desarrollo, y debe ser, por lo tanto, enjuiciada en función de las facilidades y dificultades encontradas en su aplicación. Al respecto, se hizo constar que la mayoría de las dificultades encontradas se debe a la limitación de los conocimientos científicos básicos sobre la materia que se pretende planificar y que, necesariamente, son el sustento inseparable de cualquier proceso de planificación. Por lo tanto, esta limitación no puede ser atribuida a fallas de la metodología misma.

Confrontando las dificultades encontradas en la aplicación de la metodología elaborada por CENDES-OPS con los requisitos metodológicos antes señalados, el Grupo de Estudio consideró que:

2.1. La metodología expresa el nivel de salud en términos de mortalidad y volumen, y estructura de la demanda de atención médica. Esta medida, la única de que se dispone por el momento, no considera aspectos tales como la morbilidad, que no llega a los servicios médicos ni tiene en cuenta las secuelas de enfermedades incapacitantes o invalidantes. A pesar de estas limitaciones, las experiencias demuestran que los indicadores actualmente utilizados permiten alcanzar una aproximación suficiente para la formulación de los planes.

2.2. La metodología demuestra claramente que es necesario establecer relaciones entre el nivel de salud y el medio físico, económico y social. Si bien estas relaciones no tienen todavía una expresión cuantitativa, ello se debe, ante todo, a la insuficiencia de los conocimientos científicos a que se ha hecho referencia. Sin embargo, la metodología cumple su propósito al hacer explícita la necesidad de cuantificar esas relaciones y determinar los campos en que debe llevarse a cabo esta cuantificación.

2.3. El conocimiento y la medición de los recursos utilizados en salud han sido los que menos dificultades han presentado, y una de las mayores contribuciones de la metodología es que permite realizar un análisis muy satisfactorio del uso de los recursos. Las dificultades se limitan a la carencia o falta de claridad de los datos necesarios. Sin embargo, debe señalarse que todavía quedan puntos que requieren mayor estudio y perfeccionamiento.

2.4. Hay dificultades en lo relativo al pronóstico, debido a que este necesariamente tiene que tomar en cuenta la influencia de los factores condicionantes y sus cambios. Ante la dificultad de la ponderación de tales factores y la ausencia de un plan de desarrollo que permita visualizar las variaciones que se producirían en el medio, el grado de exactitud del pronóstico se reduce.

2.5. El establecimiento del modelo normativo ha presentado serios obstáculos debidos a la ausencia de normas técnicas y a la dificultad para obtenerlas.

2.6. Existen dificultades operativas en el establecimiento de las prioridades de los daños, especialmente en aquellos que no causan mortalidad pero que significan un peligro para la salud, situación que obliga a establecer criterios tendientes a superar esta deficiencia.

2.7. Además, y al margen de los criterios metodológicos, el Grupo de Estudio señaló la necesidad de proponer criterios que permitan delimitar el sector salud, procurando evitar la exclusión de actividades que correspondan a la salud y la inclusión de actividades correspondientes a otros sectores. También se anotó que el problema de la calidad de los servicios presenta dificultades operativas.

En conclusión, de las experiencias en la América Latina se deriva que la metodología elaborada por CENDES-OPS aporta nuevos elementos conceptuales y operativos para definir las relaciones entre la salud y el contexto económico y social y para intentar articular los planes de salud con la planificación del desarrollo, y que es aplicable

para la formulación de planes de salud integrados al desarrollo económico y social.

3. Las dificultades en la aplicación de la metodología dependen, en su mayoría, de fallas en el conocimiento científico sobre la materia que se pretende planificar, mientras que otras corresponden a vacíos o debilidades de la metodología propiamente dicha. En ambos casos, el Grupo de Estudio consideró que era fundamental establecer un programa de investigaciones que pudiera ir subsanando esas deficiencias progresivamente. En este sentido, se estima necesaria la creación de un organismo que dirija y promueva esas investigaciones, el cual deberá estar ligado al trabajo de campo que realicen los países, particularmente en áreas experimentales.

El Grupo de Estudio considera que la utilización de la metodología contribuye a mejorar la cobertura y la calidad de la información estadística, y que esta es un factor importante para perfeccionar la aplicación de la metodología y la ejecución y evaluación de los planes. La información debe estar ligada a las necesidades del método y de los planes.

Finalmente, se hizo especial hincapié en que el intercambio de comunicaciones relativas a las experiencias internacionales en la aplicación de la metodología es una ayuda de inapreciable valor para solucionar problemas operativos.

### *Tema III: Organización y administración para la planificación de la salud*

1. El Grupo de Estudio consideró que el proceso de la planificación del desarrollo económico y social y, dentro de este, la planificación de la salud, requiere de la institucionalización de ciertos mecanismos administrativos, mediante los cuales se puede asegurar la continuidad y permanencia del proceso. La creación de Unidades Sectoriales de Planificación de la Salud obedece, entonces, a esta necesidad.

2. El Grupo de Estudio creyó necesario estudiar los factores que han facilitado o dificultado la creación y el funcionamiento de las Unidades Sectoriales de Planificación de la Salud en los países de América Latina. Entre los factores favorables merecen ser destacados los siguientes:

2.1. La actitud positiva que algunos Gobiernos del Continente tienen con respecto a la necesidad de planificación.

2.2. La existencia de sistemas nacionales de planificación del desarrollo en algunos países.

2.3. Los acuerdos interamericanos adoptados en estos últimos años en relación con la necesidad de institucionalizar la planificación y las recomendaciones al respecto de organismos técnicos.

2.4. El estado de conciencia nacional a que se ha llegado

en algunos países acerca de la necesidad de planificar, como medio para superar el subdesarrollo.

Uno de los factores que, por el contrario, ha entorpecido la creación de las mencionadas Unidades es la natural resistencia al cambio, que provoca desconfianza en el proceso de la planificación y temor a la posible pérdida de posiciones y de independencia de acción, así como a limitaciones en el uso de recursos.

3. La Unidad Sectorial de Planificación de la Salud debe ser una entidad administrativa de naturaleza fundamentalmente asesora, para servir a la autoridad que define y decide la política sectorial. Para cumplir su relación asesora, tiene funciones que pueden agruparse, según su participación, en la formulación de planes de largo y mediano plazo, en la formulación de presupuestos funcionales en sus aspectos programáticos y en la evaluación de las acciones planificadas, etapas que forman parte del proceso de planificación.

4. La existencia de diversos organismos que ejecutan acciones de salud hace necesario desarrollar un sistema efectivo de coordinación funcional tendiente a lograr la creación de sub-unidades de programación en cada uno de esos organismos, los que deberán tener una estrecha relación funcional con la Unidad Sectorial de Planificación de la Salud.

Igualmente, el hecho de que la planificación de salud deba integrarse con la planificación general del desarrollo, hace necesario que la Unidad Sectorial tenga representación en la Unidad Nacional de Planificación General. Una eficiente coordinación funcional entre estas unidades permitirá asegurar la adecuada articulación de los planes de salud con los planes generales de desarrollo.

5. La Unidad Sectorial de Planificación de la Salud debe estar ubicada, en razón de su función y de su grado de responsabilidad, a nivel de la más alta autoridad que defina y decida la política del sector.

6. Para el mejor cumplimiento de sus funciones, la Unidad Sectorial deberá utilizar los recursos técnico-administrativos establecidos dentro de la organización del sector, mediante mecanismos de coordinación y la constitución de comités y comisiones para funciones o tareas determinadas.

7. La estructura de la Unidad Sectorial de Planificación de la Salud estará condicionada por la magnitud del aparato institucional administrativo destinado a cumplir las acciones de salud y por la disponibilidad del recurso humano adecuado. Sin embargo, su estructura deberá basarse fundamentalmente de acuerdo con las funciones que deba cumplir y las etapas del proceso de planificación, lo que obliga a un grado mínimo de diferenciación interna.

8. El personal de la Unidad Sectorial debe ser del más alto nivel, dada la calidad técnica que requiere el ejercicio de sus funciones. En cuanto a los profesionales de salud, estos deben tener: especialización y experiencia en salud

pública, capacitación en las técnicas de planificación de la salud y conocimientos de programación global. Se recomienda la incorporación de especialistas en técnicas de otras disciplinas que facilitan y perfeccionan el proceso de la planificación. Es importante, también, que el personal se desempeñe a dedicación exclusiva.

El personal de la Unidad Sectorial de Planificación de la Salud debe ser seleccionado a base de las condiciones anteriormente establecidas y, sobre todo, de sus aptitudes técnicas y personales, y no en función de representación de las distintas profesiones y especialidades del campo de la salud.

#### *Tema IV: Formación y adiestramiento de personal para la planificación de la salud*

1. El Grupo de Estudio consideró que para llevar a cabo el proceso de planificación en los países de América Latina, se requerirá de un esfuerzo importante en materia de adiestramiento de personal, a fin de disponer del número mínimo necesario para iniciar y luego mantener las tareas que suponen tal proceso. Sin embargo, se estimó que el personal destinado a prestar funciones de programación a los niveles local y regional, no debía constituir una superestructura agregada a los servicios de salud ya existentes, sino que más bien estos debían adaptarse a las nuevas modalidades contenidas en los planes de salud. Para esto, y en la medida de lo posible, todo el personal debería recibir el adiestramiento necesario, de acuerdo con sus responsabilidades.

2. Se consideró que deberían diferenciarse tres niveles en lo referente a la calidad del personal dedicado a las tareas del proceso de planificación:

2.1. Un nivel superior, constituido por aquellas personas dedicadas específicamente a planificación, con la mayor responsabilidad en los aspectos asesores y normativos del proceso. Igualmente, se incluye en este nivel al personal dedicado a la docencia y a la investigación en planificación.

2.2. Un segundo nivel, constituido por aquellas personas que, sin estar dedicadas exclusivamente a la planificación, deben participar, por sus responsabilidades administrativas, en la formulación de los planes.

2.3. Un tercer nivel, formado por elementos auxiliares o de operación, indispensable para tareas de apoyo, tales como recolección de datos, elaboración primaria, etc.

De acuerdo con lo anterior, se consideró que el adiestramiento para cada uno de estos niveles debería tener las siguientes características:

2.4. El nivel superior requiere un adiestramiento cuyo contenido debe incluir, fundamentalmente, el conocimiento de la teoría de la planificación y de la aplicación práctica de la metodología, además de otras disciplinas afines, dando así los elementos para una comprensión integral del problema.

2.5. El adiestramiento para el nivel medio tiene fundamentalmente las mismas características del anterior en cuanto a su contenido general, aunque con menos énfasis en lo teórico y más acento en los aspectos aplicativos. De este modo, el curso estaría destinado mayormente a la enseñanza de la metodología de la planificación de salud, dándose sólo los principios de la programación general como marco de referencia a la programación sectorial.

2.6. En cuanto al tercer nivel, se estimó que el adiestramiento debe ser elemental, esencialmente operativo en el aspecto específico en que ese personal se desempeñará y que puede ser impartido como parte del adiestramiento en el servicio.

De acuerdo con la estructura administrativa de los países, estos deben definir el nivel de adiestramiento que corresponda dar a los funcionarios, según responsabilidades en el proceso de planificación. Así, por ejemplo, deberían considerarse en el nivel de adiestramiento superior, el personal de la Unidad Sectorial de Planificación de la Salud y los jefes de los niveles central y regional de la administración de salud, que se consideren necesarios para asesorar y tomar decisiones en aspectos de formulación y ejecución de los planes.

Se estimó conveniente insistir en que, en todos los cursos de adiestramiento, la enseñanza de la metodología de planificación de salud no puede ser puramente teórica, sino que es imprescindible que se complemente con la correspondiente enseñanza práctica.

3. En vista del papel importante que, en la promoción del proceso de la planificación de salud en América Latina, han desempeñado los cursos internacionales dictados por la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, el Grupo de Estudio consideró la necesidad de institucionalizar este esfuerzo. Para el efecto, se estimó que la reco-

mendación contenida en el punto 3 del Tema II sea ampliada en el sentido de que el organismo que se propuso crear para dirigir y promover investigaciones en el campo de la planificación de la salud, asuma también la función de organizar y dirigir los cursos internacionales, así como asesorar y colaborar en los cursos nacionales de adiestramiento de nivel superior, de preferencia en estrecha cooperación con las escuelas de salud pública.

4. No cabe duda que la introducción de los conceptos de planificación y su aplicación en los servicios de salud tendrá una profunda repercusión en los programas tradicionales de las escuelas de salud pública, por lo cual estas deben incorporar en sus planes de estudio, en forma permanente, la enseñanza de la metodología de la planificación de salud. Por otra parte, las escuelas de salud pública deberán afrontar en forma urgente las necesidades de adiestramiento en planificación para aquellos de sus egresados que ocupan o van a ocupar cargos directivos en la administración de salud.

5. Como una manera de facilitar la mejor comprensión de los conceptos de programación por parte de los profesionales que en alguna forma deban participar en el proceso de planificación, el Grupo de Estudio estimó necesario recomendar que en las escuelas de medicina y otras de formación de personal de disciplinas relacionadas con la salud, se dé importancia y adecuada orientación a la enseñanza de determinadas ciencias básicas, tales como epidemiología y estadística, cuyos contenidos contribuyen a estimular la capacidad de razonamiento.

Se consideró indispensable que en la enseñanza de la medicina preventiva en las escuelas de medicina, se impartan nociones generales acerca de los problemas que plantea la planificación de la salud y que tengan relación con el desempeño de los futuros profesionales en los servicios de salud.



## LA POLÍTICA Y EL PROGRAMA DE INVESTIGACIONES DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD<sup>1</sup>

En el Capítulo V del Informe Anual del Director para 1964<sup>2</sup> se analiza en general el gran progreso logrado en las actividades de la Organización en materia de investigaciones durante ese año, y se mencionan algunos importantes estudios que permitirán obtener resultados concretos en 1965. Como en años anteriores, se reconoce la importante labor que ha desempeñado el Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas. El Comité continúa manifestando su asiduo interés por el programa de investigaciones de la Organización, como se refleja en sus valiosas sugerencias en cuanto a problemas relativos a proyectos específicos de investigación y acerca del programa en general, el equilibrio que mantiene en sus orientaciones principales y el orden de prioridad que ha establecido.

En el documento titulado "Programa actual de investigaciones cooperativas de la OPS",<sup>3</sup> preparado para la Cuarta Reunión del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas, que tuvo lugar del 14 al 18 de junio de 1965, se dan algunos detalles acerca del alcance y la naturaleza del programa, así como de los compromisos financieros contraídos al respecto. En dicho documento se señala que en 1965 había 55 proyectos en vías de desarrollo, representando una inversión de \$2.769.213, aportados por 22 organismos gubernamentales y privados. Para completar estos proyectos en los años futuros se ha solicitado una cantidad que asciende a \$7.915.005. Actualmente se estudian nueve solicitudes de subvenciones, que representan una cantidad de \$1.146.249.

Estas cifras no reflejan totalmente la situación, ya que con la aprobación del Consejo Directivo en reuniones sucesivas desde 1962, se han asignado cantidades cada vez mayores del presupuesto ordinario de la OPS para investigaciones y adiestramiento en el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa,

el Centro Panamericano de Zoonosis y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

La eficacia y eficiencia general del programa, planeado y coordinado por personal de la OSP, queda demostrada por el hecho de que, si bien el programa de investigaciones continúa ampliándose, el presupuesto de la Oficina de Coordinación de Investigaciones permanece casi al mismo nivel que cuando se organizó en 1962 (con una subvención de \$200.000 concedida por los Institutos Nacionales de Higiene de los E.U.A.) y se incorporó al presupuesto ordinario en 1964. En vez de aumentar la plantilla del personal de expertos, la norma que se sigue consiste en designar consultores a corto plazo, según sea necesario, a fin de estudiar los recursos y posibilidades de investigación en determinados campos de actividad de valor prioritario para las actividades del programa de la OPS, relacionados con su programa y sus responsabilidades. Más de 200 destacados especialistas en ciencias biológicas, así designados, incluso expertos en investigación en salud pública, han realizado su labor con entusiasmo y espíritu constructivo. La calidad del programa, así como su amplitud y equilibrio, refleja el valor de sus informes y recomendaciones.

La OPS ha procurado reunir y utilizar la experiencia y las ideas constructivas de los mejores especialistas disponibles, con el objeto de apoyar y estimular el programa de asesoramiento y servicio de la Organización en materia de investigaciones. Se cuenta así con los mejores elementos profesionales necesarios para dar mayor impulso a la tarea de colaboración con los Gobiernos a fin de llevar a cabo investigaciones que permitan resolver sus problemas de salud, incluso crear e incrementar recursos institucionales regionales y nacionales destinados a la investigación y al adiestramiento de personal científico, docente y de investigación para que la Región cuente con sus propios medios a este respecto.

Si se analiza el Informe Anual del Director para 1964 se observará que, a diferencia de los presenta-

<sup>1</sup> Documento CD16/20 (18 de agosto de 1965).

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 63, 105-113.

<sup>3</sup> Documento mimeografiado.

dos en años anteriores, en el Capítulo V sobre "Investigaciones", se consolida todo el programa de investigaciones de la OPS.

Uno de los estudios más importantes que la Organización ha emprendido se encuentra en su cuarto año de ejecución y se terminará en 1966. Se trata de la Investigación Interamericana sobre Mortalidad; los resultados logrados hasta ahora se describen en el Informe.<sup>4</sup> Los hallazgos preliminares revelan diferencias significativas e inexplicadas en las tasas de mortalidad debida a algunas enfermedades en las ciudades estudiadas, a saber: tuberculosis, cáncer por órganos afectados, cirrosis hepática, aterosclerosis y cardiopatías degenerativas (incluso enfermedad de Chagas), entre otras. En las investigaciones locales se perfilan ya estudios con el fin de determinar los motivos de esas variaciones en las tasas.

Por ejemplo, la gran incidencia de defunciones por enfermedad de Chagas en Riberão Preto, Brasil, estimuló la realización de un estudio intensivo por dos patólogos consultores sobre la patogénesis de este trastorno en la medida en que afecta el corazón y el sistema nervioso autónomo. El informe y las recomendaciones que han presentado al Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas merecen estudio especial porque contienen los principales adelantos en el conocimiento de dicha enfermedad, así como las medidas que entraña su prevención y control. Se resuelven en forma definitiva algunos aspectos de la patogénesis de la enfermedad que han suscitado controversia entre las autoridades médicas.

Por último, se da cuenta del estudio piloto en investigaciones llevado a cabo en Colombia sobre recursos humanos disponibles para actividades de salud y para la enseñanza de la medicina. En dicho estudio se ensayan métodos de investigación, con el fin de medir el estado de salud y los requerimientos en recursos humanos y para la enseñanza de la medicina en relación con las condiciones de salud, los servicios de atención médica y el desarrollo socioeconómico de una población en rápido aumento. Dicho estudio, que realiza el Ministerio de Salud Pública y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, con el apoyo técnico y financiero del "Milbank Memorial Fund" y la OPS, está ya bastante avanzado. Una vez completado (en 1966) se convocará a un seminario panamericano con el objeto de examinar los hallazgos y estudiar las

posibilidades de su aplicación, así como la de los métodos empleados, a otros países de la Región.

También se llama la atención sobre la sección del Informe sobre saneamiento del medio,<sup>5</sup> donde se indica que se han realizado grandes progresos para activar la labor de los centros de adiestramiento, investigación y servicios de asesoramiento en lo que respecta al saneamiento industrial y del medio, incluso la contaminación del agua y de la atmósfera. Estos centros, establecidos en Chile, Venezuela y Brasil, serán importantes instituciones regionales para el adiestramiento de ingenieros sanitarios y personal de investigación, de los cuales hay escasez, y que se necesitan para hacer frente a los requerimientos cada vez mayores de la Región.

La evolución y el ritmo de la época actual, estimulado en parte por la dinámica de la ciencia y de la tecnología, plantean problemas especiales para los Gobiernos y para las sociedades a que sirven. Hoy día, la ciencia determina o por lo menos afecta cualquier aspecto normativo considerado por los Gobiernos. En América Latina los expertos en ciencias biomédicas son de gran importancia para la sociedad, tanto dentro como fuera del Gobierno, pero son muy pocos los que cuentan con una política de investigaciones biomédicas, un mecanismo adecuado para llevarlas a cabo o los fondos necesarios para apoyarlas. Reconociendo este hecho, el Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas, en su Tercera Reunión (1964), recomendó que se estudiara el problema. En su Cuarta Reunión, el Comité Asesor examinó el informe<sup>6</sup> presentado por el Dr. Charles V. Kidd, Presidente de un Grupo de Estudio de la OPS sobre Política de la Investigación Biomédica en América Latina. En su informe al Director,<sup>7</sup> el Comité Asesor señaló que, por razones históricas, la tradición científica ha tenido una lenta evolución en los países latinoamericanos. Por lo tanto, es indispensable fomentar un clima de opinión que comprenda el papel de la investigación científica como parte de la vida cultural de la comunidad. La investigación y la enseñanza deben desarrollarse en forma paralela y las universidades son los centros lógicos para fomentar una tradición en investigaciones. No obstante, en muchos casos es necesario

<sup>4</sup> *Ibid.*, págs. 38-39.

<sup>5</sup> Publicado posteriormente con el título *Política de la investigación científica en la América Latina. Publicación Científica de la OPS 119*, 1965.

<sup>7</sup> Documento mimeografiado RES 4/13 (30 de junio de 1965).

<sup>4</sup> *Documento Oficial de la OPS 63*, 110-111.

modificar la organización de las universidades y la amplitud de su plan de estudios antes de que puedan desempeñar eficazmente el papel que les corresponde. El Comité subrayó la importancia de la función que pueden desempeñar las organizaciones científicas y académicas ya existentes. Es preciso contar con organismos de este tipo bien concebidos y evitar toda superposición y duplicación innecesaria de actividades.

El Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas subrayó el grave problema que representa la pérdida de recursos humanos científicos debido a la emigración de personas que buscan mejores condiciones de trabajo en otros lugares, y recomendó que la OPS realice un estudio detallado del alcance de este "déficit de científicos" de los países en desarrollo de América Latina. Dicho estudio se lleva ya a cabo bajo la dirección del Dr. Kidd.

Otro informe<sup>8</sup> que guarda estrecha relación con el tema es el de las investigaciones en salud pública en la Argentina, que fue solicitado por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. En dicho informe se formulan recomendaciones concretas, que fueron aprobadas por el Comité Asesor, con el fin de formular una política nacional de investigaciones en salud pública en que la "comunidad sea el laboratorio", y de establecer métodos convenientes para organizar mecanismos de apoyo de los recursos y de las investigaciones, que tuvieron siempre en cuenta los requerimientos de la política nacional en salud y las decisiones del Ministerio, incluso el adiestramiento de personal de investigación necesario.

La mayoría de las bibliotecas de medicina de América Latina no se han mantenido al ritmo de la evolución de las publicaciones científicas, lo que ha perjudicado seriamente los estudios e investigaciones científicas de maestros, personal de investigación y estudiantes de extensas regiones. Esta es una situación común en todo el mundo. Por otra parte, la Biblioteca Nacional de Medicina del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América proporciona libros y literatura especializada y servicios bibliográficos a los científicos del mundo que los soliciten. América Latina es uno de los principales usuarios de dichos servicios. "De los préstamos de dicha Biblioteca a otros países, más de la mitad benefician a los de América Latina".<sup>9</sup> Varios in-

formes de conferencias, incluso uno de un consultor de la OSP, fueron examinados el año pasado por el Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas. Se está de acuerdo en que es preciso crear en América del Sur, donde existe ya una biblioteca y otros servicios necesarios de tecnología moderna de la comunicación de informaciones, una Biblioteca Regional de Medicina para América Latina que cuente con la cooperación de la Biblioteca Nacional de Medicina (Servicio de Salud Pública, E.U.A.) y mantenga estrechos vínculos con esta.

Dicha Biblioteca Regional de Medicina dependería de los recursos locales, que podrían ampliarse a fin de aumentar los medios a su disposición para proporcionar servicios de enseñanza, investigación y adiestramiento a escuelas de medicina, hospitales e institutos de otros lugares. Cabe esperar que dicha institución se convierta en un elemento activo para "promover y estimular el desarrollo de las bibliotecas de medicina en las Américas actuando como centro de demostración y adiestramiento" y "estimular la realización de programas cooperativos de bibliotecología y bibliografía entre sus grupos constitutivos" y "utilizando la tecnología moderna de la fotocopia y la comunicación de informaciones para mejorar su asequibilidad".<sup>10</sup>

Según la propuesta de los consultores, apoyada decididamente por el Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas, dicha Biblioteca Regional de Medicina para América Latina debe funcionar bajo el patrocinio conjunto de la OPS y la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.

Entre las recomendaciones concretas, cabe mencionar la de que "la política de la Biblioteca Regional de Medicina sería establecida por una Junta Directiva designada por la OPS, en la que estarían representadas la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina y los Gobiernos de la OPS, así como un representante de la institución huésped. Sus servicios estarían a la disposición de todos los usuarios de América Latina que tuvieran derecho a utilizarlos".<sup>11</sup> El Director contaría con los servicios de un grupo asesor de expertos en los adelantos más recientes en bibliotecología y la comunicación de informaciones.

El proyecto de presupuesto para inversiones de capital no recurrentes y para el primer año de ac-

<sup>8</sup> Documento mimeografiado RES 4/5 (14 de mayo de 1965).

<sup>9</sup> Documento mimeografiado RES 4/12 (9 de junio de 1965), pág. i.

<sup>10</sup> *Ibid.*, pág. 5.

<sup>11</sup> *Ibid.*, pág. 6.

tividades asciende a \$205.600, que se reduciría a \$163.000 en el segundo y tercer año.

Un plan de esta índole es indispensable para un programa de investigaciones y para mejorar la calidad del adiestramiento de personal de salud y, a la larga, la calidad de los programas de atención médica de la Región. El problema del financiamiento no ha sido aún examinado por organismos nacionales o internacionales.

Con posterioridad a la Resolución XXXI,<sup>12</sup> aprobada en la XV Reunión del Consejo Directivo, han tenido lugar importantes conferencias y actividades relacionadas con el programa. En dicha resolución, el Consejo, entre otras cosas, puso de relieve la importancia del crecimiento demográfico en relación con la salud del individuo y de la comunidad en el contexto del desarrollo socioeconómico, urbano y rural, y recomendó un amplio programa de investigación y adiestramiento en investigación en el campo de demografía médica y reproducción humana. Dichas actividades fueron objeto de estudio y recibieron la aprobación del Comité Asesor.

La 18ª Asamblea Mundial de la Salud (1965) adoptó una resolución<sup>13</sup> sobre los aspectos sanitarios de la situación demográfica mundial, en la que pidió al Director General que siga desarrollando el programa propuesto:

- a) en lo que respecta a los servicios de referencia y a los estudios sobre los problemas médicos de la esterilidad y los métodos de regulación de la fertilidad, y sobre los problemas sanitarios de la dinámica demográfica; y
- b) en lo que respecta a los servicios consultivos . . . quedando entendido que, dentro de los límites de la competencia de la OMS, esos servicios consistirán en la prestación de asesoramiento técnico sobre los problemas de salud pública de la reproducción humana, con exclusión de cualquier actividad de carácter operacional.

Los programas de la OPS y de la OMS se desarrollan paralelamente. Cabe señalar que en el programa de la OPS se pone de relieve el desarrollo institucional de recursos, el adiestramiento de personal y los estudios de investigación de la comunidad bajo los siguientes epígrafes:

1. Estudio epidemiológico de la mortalidad.
2. Investigación operativa sobre métodos de re-

copilar datos sobre nacimientos y defunciones en áreas con servicios limitados.

3. Investigación demográfica sobre embarazo, natalidad y mortalidad.

4. Centros de adiestramiento de profesores de demografía médica.

5. El estímulo de la investigación y la enseñanza en la biología de la reproducción humana. Se trata de un campo en que queda aún mucho que aprender sobre este complejo proceso. Sin duda se obtendrán resultados que tendrán consecuencias prácticas para la medicina preventiva y la salud de la familia y la comunidad.

En la Tercera Reunión del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas (1964) se dedicó una sesión de un día a los "Factores ambientales que determinan el bienestar de la comunidad".<sup>14</sup> Debido al creciente interés por esta materia desde el punto de vista de la agravación de los problemas de modernización de las ciudades mediante el proceso de migración del campo a la ciudad y a causa del bajo nivel de vida y la falta de bienestar de la población urbana que no emigra, el Comité Asesor, en su Cuarta Reunión, tomó nota del informe sobre la sesión especial celebrada el año anterior y recomendó:

1) Que una misión de consultores en investigación de la OPS especializados en el tema visite algunas regiones de América Latina con el fin de analizar y evaluar los posibles recursos para investigación de las instituciones y otros centros. Los consultores deben prestar especial atención a la disponibilidad de los servicios existentes y al interés del personal científico.

2) Que el informe de los consultores en investigaciones debe constituir un fundamento práctico para elaborar una serie de proyectos específicos y ha de servir para estudiar fuentes de apoyo a la investigación con el objeto de complementar los recursos locales.

3) Que el Comité determine varios campos específicos de investigación que faciliten en gran medida el desarrollo de los programas de saneamiento del medio en América Latina. Por razones prácticas, se podría concentrar la atención por el momento en el abastecimiento urbano y rural de agua, la eliminación de desechos y la contaminación del agua y de la atmósfera.

Se procede a la aplicación de este programa. Este es un aspecto de la investigación que, evidentemente, reviste enorme importancia práctica para la salud y el bienestar de los pueblos de la Región.

<sup>12</sup> Documento Oficial de la OPS 58, 34-35.

<sup>13</sup> Act. of. Org. mund. Salud 143, 35.

<sup>14</sup> Las actas de esta sesión se han publicado en inglés con el título *Environmental Determinants of Community Well-Being. Publicación Científica de la OPS 123*, 1965.

Como resultado de las deliberaciones que tuvieron lugar en 1964 sobre los factores ambientales que determinan el bienestar de la comunidad, el Comité sugirió que la sesión especial de su Cuarta Reunión se dedicara al tema de la "Privación en el desarrollo psicobiológico", completando así el examen de los aspectos biomédicos y biosociales de algunos de los determinantes básicos de la salud y el bienestar.

En la sesión especial siete expertos consultores informaron con algún detalle sobre diversos aspectos del conocimiento y estado de los experimentos en este complejo campo, que se refiere expresamente a los mecanismos y factores que afectan el desarrollo psicobiológico. Entre estos cabe mencionar: aspectos moleculares y celulares del empleo de claves y almacenamiento de información en el sistema nervioso, conceptos en boga en neurofisiología del aprendizaje, estudios en animales y en el hombre sobre la privación nutricional en el desarrollo psicobiológico, la privación psicosocial y cultural en el desarrollo psicobiológico y, por último, las necesidades y oportunidades de la investigación en América Latina en relación con el estudio de la privación en el desarrollo psicobiológico. La Organización ha publicado las actas de esta Sesión.<sup>15</sup>

En un informe aparte, se dio cuenta al Comité Asesor de los resultados de varias conferencias de estudio en las que expertos de las Américas examinaron diversos métodos para llevar a cabo investigaciones en malnutrición proteica. Los debates se concentraron en la posibilidad de establecer, mediante estudios experimentales en condiciones de campo, una relación entre salud mental y estado nutricional. En futuras reuniones se examinará el problema del diseño de las investigaciones en esta materia. El Comité Asesor estimó que, si bien muchos factores diversos, uno de los cuales es la nutrición, pueden afectar el desarrollo mental, la concentración de los estudios en el papel que corres-

ponde a la nutrición se justifica por razones científicas y por tratarse de un factor susceptible de perfeccionamiento.

Por último, se estima que el programa y la política de investigaciones de la OPS, según lo aprobado en reuniones sucesivas de los Cuerpos Directivos, se está desarrollando conforme se había previsto, destacándose cada vez más la importancia de la ingeniería biosocial y biosanitaria, sin descuidar los estudios biomédicos en las enfermedades transmisibles y los problemas de los factores psicobiológicos determinantes de la conducta humana.

En cuanto a las actividades a largo plazo, evaluadas en un decenio, cabe señalar que se está elaborando una propuesta relativa a un importante programa de centros regionales para la enseñanza de profesores y el adiestramiento en investigaciones. Por otra parte, se concede cada vez más atención a los problemas de la política y el mecanismo nacional para apoyar los estudios sobre ingeniería biomédica, biosocial y biosanitaria y el adiestramiento en estas especialidades. Y, completando la propuesta política de apoyar el desarrollo de recursos institucionales para la enseñanza y la investigación, cabe mencionar la recomendación encaminada a crear una Biblioteca Regional de Medicina con fines bibliográficos y de referencia, como también para la investigación y el adiestramiento en bibliotecología y comunicación de informaciones.

La América Latina contribuye al dinamismo de la ciencia médica y la tecnología internacional y se beneficia del mismo, pero es necesario reforzar sus recursos para que pueda llevar a cabo una labor independiente. Los Ministerios de Salud y las universidades tienen la responsabilidad principal de aunar los recursos locales con el objeto de aprovechar al máximo la cooperación internacional disponible y que la OPS procura intensificar para dar mayor impulso a los programas de salud de los Gobiernos.

<sup>15</sup> *Deprivation in Psychobiological Development. Publicación Científica de la OPS 134, 1966.*

## Anexo 8

### CONTAMINACION DE LA ATMOSFERA Y DEL AGUA EN AMERICA LATINA <sup>1</sup>

#### Introducción

El Comité Ejecutivo, en su 51ª Reunión celebrada en septiembre de 1964, llamó la atención <sup>2</sup> acerca de los problemas crecientes planteados por la contaminación del aire y del agua en América Latina, y señaló la conveniencia de que el Director analizara estas situaciones e informara al respecto. En cumplimiento de esta medida, el Director tiene el honor de presentar este informe, en el cual se exponen los factores que influyen en los problemas de la contaminación del aire y del agua; se estudian las medidas adoptadas por la Organización en respuesta a las solicitudes de los Gobiernos, y se indican las actividades que el Consejo Directivo puede tener a bien considerar al recomendar el curso que la Organización ha de seguir para prestar asistencia y apoyo a los programas específicos de los Gobiernos.

#### Hechos que influyen en la contaminación atmosférica y del agua

En la mayoría de los países latinoamericanos se han iniciado programas importantes encaminados a fomentar y a acelerar la expansión industrial, que es parte esencial del desarrollo económico. Esta orientación estimula aún más la migración rural hacia las ciudades. En la actualidad, el 50% de la población de América Latina vive en centros urbanos, mientras que hace seis años la población urbana constituía solamente el 40 por ciento. Esta tendencia de la población a trasladarse a las ciudades continuará y probablemente aumentará. En la mayoría de los países de América Latina, del 25 al 50% de la población total reside en unas cuantas ciudades grandes. Diez de esas ciudades exceden ya de 1.000.000 de habitantes, teniendo Buenos Aires, Río de Janeiro, São Paulo y la ciudad

de México más de 4.000.000. Lima, Santiago, Bogotá y La Habana tienen cada una alrededor de 2.000.000 de habitantes y Montevideo y Caracas pasan de 1.000.000. La mayoría de las demás ciudades no llegan a los 500.000 habitantes, predominando las de menos de 100.000. Como era de esperar, los problemas extensos de contaminación del aire y del agua son más pronunciados en unas cuantas ciudades importantes, aunque existen problemas más localizados en las zonas urbanas menores. Los principales complejos industriales están surgiendo en los grandes centros metropolitanos y sus alrededores. El índice de crecimiento de población en Latinoamérica va en aumento (en la actualidad llega al 2,9% anual), siendo más pronunciado el crecimiento urbano (en la actualidad del 5 al 7% anual). Con el desarrollo urbano e industrial se extenderá la contaminación atmosférica y del agua.

Los problemas ambientales relacionados con la salud se complican no sólo por el aumento de las densidades de población y el desarrollo industrial, sino también por los cambios tecnológicos que ocurren en la producción y el uso de artículos industriales. Los sistemas y productos industriales están cambiando con una rapidez tal que el efecto resultante sobre la salud no ha sido evaluado debidamente. Hasta la fecha, los problemas de salud planteados por la contaminación del aire y del agua han estado relacionados con contaminantes microbiológicos. De ahora en adelante, habrá de prestarse una atención cada vez mayor a los contaminantes microquímicos, en especial a los productos orgánicos sintéticos. La gran importancia concedida a la industrialización rápida—y la urgencia de semejante programa de desarrollo—anima a los Gobiernos a reducir al mínimo las restricciones y obstáculos contra el progreso industrial. A consecuencia de ello, existen pocos controles reglamentarios para limitar la contaminación atmosférica y del agua. Es indudable que esta contaminación se agravará, afectando la contamina-

<sup>1</sup> Documento CD16/17 (28 de julio de 1965).

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 60, 247.

ción atmosférica extensiones de terreno cada vez más vastas y la contaminación del agua más kilómetros de vías fluviales importantes. La contaminación del aire y del agua no sólo afecta a la salud y el bienestar de las personas, sino que, de ser excesiva, reduce el valor de la tierra y del agua y puede limitar el desarrollo industrial.

### **El problema de salud pública constituido por la contaminación atmosférica y del agua**

Los programas eficaces en materia de salud y los métodos para administrarlos deben ser reflejo de las fuerzas sociales, económicas y políticas. En salud pública, la labor directora consiste en reconocer y prever esas tendencias y en adaptar a las mismas el contenido de los programas y las estructuras y sistemas administrativos. Sin duda, estas adaptaciones deben fundarse en sólidos criterios técnicos y en la evaluación científica de los problemas. Por ejemplo, en el caso de la contaminación atmosférica y del agua, los organismos reguladores deben tener en cuenta la importancia y la urgencia del desarrollo industrial y no han de impedir su progreso mediante controles reglamentarios poco prácticos. En otras palabras, hay que aceptar cierto deterioro del aire y del agua como precio del progreso económico. Esto es particularmente cierto en las primeras fases de la industrialización. A medida que la economía progresa, el sentido de esta tendencia puede invertirse. Sin embargo, incluso en las primeras fases del desarrollo, la responsabilidad de las autoridades de salud, en lo que respecta a la salud y el bienestar de las poblaciones, requiere que la contaminación del aire y del agua no exceda de límites razonables. El mantenimiento de este equilibrio no es fácil. Las decisiones son de carácter muy técnico y las repercusiones económicas son de importancia considerable. Por ejemplo, para dar idea de la magnitud del problema, basta decir que un control razonable de la contaminación atmosférica y del agua en las situaciones más críticas de América Latina costaría alrededor de \$400.000.000 anuales durante los próximos 10 años. A esta inversión de capital deben añadirse los costos de funcionamiento y mantenimiento. Estas cifras subrayan aún más la importancia de una comprensión clara de los problemas y las necesidades, y de un firme criterio técnico en la determinación de la clase y el alcance de los trabajos de tratamiento de desechos.

En lo que se refiere a desagües de residuos pro-

cedentes de importantes instalaciones industriales, habrán de considerarse debidamente los requisitos prácticos legales del control de la contaminación como parte de la planificación industrial y la urbanización. En general, resulta más económico facilitar los medios de un control razonable de la contaminación al decidir acerca del emplazamiento y diseño de establecimientos industriales (incluso lo relativo a métodos de producción), que corregir la contaminación excesiva después de que la industria se encuentra en funcionamiento. En los empréstitos y subvenciones concedidos para actividades de desarrollo deberán incluirse fondos de asistencia técnica destinados a dicho fin.

Como efecto combinado del crecimiento metropolitano, con grandes densidades de población y la expansión de la producción industrial, los problemas de la contaminación del aire y del agua se acentúan más cada día. Puede predecirse claramente que el efecto causado por estas fuerzas en la salud se agudizará más, antes de aliviarse. En conjunto, estas influencias y otras afines revelan en realidad la forma en que los cambios efectuados en el ambiente que rodea al hombre pueden afectar su bienestar físico y mental. Estas influencias son profundas e importantes. Su pleno significado no aparece hasta que se consideran en conjunto, en términos de las repercusiones totales de una economía moderna de inspiración tecnológica sobre la totalidad de la salud y bienestar de los seres humanos. Por lo tanto, es sensato prever la extensión de los riesgos y efectos afines contra la salud derivados de la contaminación del aire y del agua, y desarrollar los conocimientos científicos necesarios para determinar la forma y el momento de aplicar medidas correctivas. En esta esfera de necesidades es donde los recursos de la OPS pueden aplicarse actualmente para prestar asistencia a los Gobiernos de la Organización.

### **Plan de acción presente y futura**

En los dos últimos años, y en cumplimiento de solicitudes de los Gobiernos, la Organización ha facilitado servicios de asistencia técnica y de consultores a 14 países, en relación con problemas de la contaminación del aire y del agua. Estos problemas comprenden zonas del Brasil, Uruguay, Argentina, Chile, Perú, Colombia, Venezuela, México y algunos países del Caribe. La asistencia prestada abarcó un extenso campo de problemas técnicos. Por ejemplo, en Montevideo, la grave

contaminación de las playas obligó a un análisis crítico de la eliminación de aguas servidas, con datos referentes al costo de métodos alternativos. En São Paulo y Buenos Aires la cuestión comprendió la contaminación del agua y de la atmósfera, así como estudios de métodos de control y el fortalecimiento de estructuras orgánicas. En los países y territorios del Caribe, había varios problemas especiales de eliminación de residuos industriales y, en cuatro países, la eliminación de desechos urbanos constituyó uno de los factores. En Bogotá, la prestación de asistencia se relacionó con el funcionamiento de estanques de oxidación; en Caracas, con los desechos metropolitanos, y en Lima, con el efecto de los desagües de desechos industriales pesados en el sistema de alcantarillado metropolitano. Un número creciente de países están solicitando asistencia en materia de estudio de descargas de aguas servidas en el océano o en los estuarios. Como se ha indicado, la colaboración de la OPS, prestada generalmente por medio de consultores expertos especializados, se ha referido a un problema particular de contaminación atmosférica creado por un complejo industrial o a un problema especial de contaminación del agua debido a residuos industriales específicos o desechos metropolitanos.

El desarrollo urbano e industrial de América Latina está alcanzando actualmente niveles en los cuales los problemas de contaminación atmosférica y del agua deben considerarse y analizarse sobre una base más amplia. En general, la excesiva contaminación del aire y del agua no se debe a una sola causa, ni siquiera a unas cuantas causas, sino que es el resultado de la contaminación compuesta procedente de concentraciones de personas e industrias y de la producción y uso de productos industriales. Por ejemplo, la contaminación del agua debe evaluarse por cuencas hidrográficas principales, en términos del total de contaminantes eliminados; necesidades, usos y valores del agua, y la capacidad de la corriente para asimilar desechos sin experimentar grave deterioro. Igualmente, la contaminación atmosférica debe evaluarse sobre la base de una extensión superficial, en términos del total de emanaciones gaseosas y sus efectos compuestos, y de las condiciones meteorológicas de la zona. Como se deduce de estos ejemplos, se necesitan mejores medios de laboratorio y más personal técnico para llevar a cabo un mínimo de servicios en las zonas más congestionadas de América Latina.

En ese sentido, la Organización está cooperando

con los Gobiernos en el desarrollo de una red de estaciones de toma de muestras de aire, que comprende un sistema de análisis de las muestras. Inicialmente la red comprenderá 10 ciudades principales de América Latina, quedando los trabajos de mantenimiento y recogida de muestras a cargo de los Gobiernos respectivos y efectuándose los análisis de muestras en un laboratorio central. Durante los primeros años, el muestreo analítico se limitará a los indicadores de contaminación más fundamentales. Esta red de vigilancia proporcionará datos valiosos sobre los cuales se podrán fundar los programas de control que los Gobiernos consideren esenciales o convenientes.

Con respecto a la contaminación del agua, la Organización se propone ampliar su programa de asistencia en 1966. Las actividades comprenderán el envío de una serie de misiones de consulta a Latinoamérica, con el fin de evaluar el estado y las tendencias de la contaminación del agua en determinados sectores de las cuencas hidrográficas principales. La Organización procurará, en la medida de sus recursos, atender a las solicitudes más urgentes de los Gobiernos. Las mencionadas evaluaciones tienen por objeto colaborar con estos en el establecimiento de la vigilancia imprescindible en materia de contaminación del agua, con especial atención a los problemas más complejos relacionados con la salud.

En cuanto a ambas contaminaciones, la atmosférica y la del agua, la Organización trata de establecer un sistema práctico de recogida y distribución de información técnica, como medio para que los Gobiernos tengan noticia constante de los estudios e investigaciones realizados en la Región y en otras partes del mundo. Asimismo, la Organización estimulará, patrocinará y secundará la adopción de procedimientos para que el tema de la contaminación del aire y del agua quede incorporado a los programas de educación y adiestramiento ofrecidos en las Américas. Al organizar el programa regional de investigaciones en materia de saneamiento del medio, la Organización concederá la atención debida a los problemas de contaminación atmosférica y del agua que necesiten estudio especial. El primer objetivo de las actividades en el campo que nos ocupa, será el de prestar asistencia a los Gobiernos en la evaluación acertada de los problemas y en la determinación del estado y las tendencias de la referida contaminación. El programa de asistencia también comprenderá estudios



acerca del efecto de la contaminación atmosférica y del agua en la salud y bienestar de las personas, en la agricultura y en la industria, y en la utilización y valores del agua y los terrenos. Se concederá atención especial a la adopción de medidas correctivas o de remedio que resulten prácticas, razonables y eficaces.

Ante el hecho del crecimiento urbano y la expansión industrial, es preciso dar importancia especial a los métodos de control de la contaminación del aire y del agua. Los problemas que dicha contaminación plantea son bien conocidos, así como los medios de control actuales. Sin embargo, el tratamiento eficaz de tales desechos es muy costoso y, frecuentemente, supone un gravamen sobre la capacidad económica y funcional de una determinada zona o país. Por consiguiente, la investigación es imprescindible para facilitar métodos sencillos de control que estén al alcance de los medios administrativos y económicos de las zonas afectadas. Se tiene el propósito de prestar creciente atención a este problema.

### Resumen

En cualquier esfera, la pauta de las enfermedades y dolencias humanas refleja la reacción del hombre con respecto a la totalidad del ambiente en que vive. Como ocurre en todas las zonas industriales, el medio físico está experimentando un cambio rápido y profundo en la América Latina. Las influencias pertinentes comprenden el crecimiento de población, la industrialización acelerada, la urbanización creciente, la velocidad de movimiento, los conjuntos de personas y el progreso de los sistemas tecnológicos.

La creciente contaminación del aire y del agua y sus efectos en la salud y bienestar del hombre son factores significativos que resultan de los cambios rápidos del medio físico. Dicha contaminación va en aumento no sólo en cantidad, sino también en la complejidad de los contaminantes. En el pasado, la contaminación del aire y del agua se consideraba principalmente en términos de contaminantes micro-

biológicos. En lo futuro, este cuadro debe ampliarse hasta comprender los contaminantes del aire y el agua que tienen su origen en sustancias microquímicas.

Reconociendo la importancia de la industrialización con respecto al progreso económico, deben evitarse los controles reglamentarios demasiado restrictivos, considerando debidamente la capacidad de los medios atmosféricos y acuáticos para asimilar, dentro de ciertos límites, cantidades razonables de desechos contaminantes. Al mismo tiempo, la salud y bienestar de los habitantes requieren que la contaminación del aire y del agua se mantenga dentro de unos límites inocuos y aceptables. Por consiguiente, la necesidad inmediata consiste en establecer servicios de inspección eficaces, así como en reunir la información científica precisa para determinar el momento y la forma de aplicar medidas correctivas y remediadoras. En los casos en que el control de la contaminación sea ineludible, los procedimientos que se apliquen no excederán de la capacidad administrativa y económica de los Gobiernos afectados.

Los medios de que dispone la OPS se utilizan, en cumplimiento de solicitudes de los Gobiernos, para facilitar cooperación técnica y de consulta con respecto a los problemas de la contaminación atmosférica y del agua en zonas específicas. Esta cooperación continuará e irá en aumento. Además, la Organización está estableciendo una red de vigilancia por medio de estaciones de toma de muestras de aire en 10 ciudades importantes de América Latina. A medida que se requiera y se solicite, esta red será ampliada. En lo que se refiere a la contaminación del agua, la Organización se propone ampliar su programa de cooperación, incluyendo misiones de consulta, a fin de evaluar el estado y tendencias de dicha contaminación en extensos sectores de ríos y estuarios importantes. La contaminación atmosférica y la del agua serán objeto de la consideración debida en los programas de cooperación que la Organización realiza con fines educativos, de adiestramiento y de investigación.

---

## Anexo 9

### LA EPILEPSIA EN LAS AMERICAS <sup>1</sup>

El Consejo Directivo, en su XV Reunión, aprobó una resolución <sup>2</sup> en la que encomendó al Director que efectuase un estudio de la incidencia y distribución de la epilepsia en las Américas, así como de las discriminaciones de carácter legal y de otra índole de que son objeto los pacientes de esta enfermedad, y que obstaculizan el desarrollo de programas encaminados a resolver los problemas planteados en este aspecto.

La Sección de Salud Mental (Departamento de Fomento de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana), hizo los preparativos para la reunión de un grupo de estudio sobre la epidemiología de los trastornos mentales en América Latina, en el que especialistas en la materia trataron de establecer ciertas normas en cuanto a la unificación de técnicas, clasificación, definiciones operativas, áreas de estudio, etc.

El grupo de estudio, constituido por 15 participantes y 11 observadores de siete países de las Américas, de la Organización Mundial de la Salud y de la OSP, se reunió en Washington, D. C., del 29 de marzo al 3 de abril de 1965. Entre los asuntos analizados figura la resolución del Consejo Directivo ya mencionada, y estudió el aspecto concreto de la epidemiología de la epilepsia, respecto del cual adoptó provisionalmente un glosario para uso en las investigaciones epidemiológicas sobre esta enfermedad.

Además, el grupo de estudio hizo la siguiente declaración:

Habiéndose informado sobre la III Resolución de la XV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XVI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, se recomendó:

1. Efectuar una recopilación de la bibliografía existente sobre investigaciones en lo que respecta la epilepsia en las Américas.

2. Hacer una evaluación de los programas y servicios

referentes a la epilepsia en la Región y promover la creación de servicios, especialmente de centros asistenciales en la comunidad, tanto para descubrir al paciente como para su seguimiento.

3. Convocar a la brevedad posible un grupo de estudio con el encargo de diseñar un programa destinado a:

a) Efectuar una investigación epidemiológica sobre la prevalencia e incidencia de la epilepsia en áreas seleccionadas de las Américas.

b) Investigar las condiciones sociales, factores ecológicos, nutricionales y tóxicos que se relacionen con las posibles causas de esta afección, así como actitudes culturales relacionadas con la adaptación del enfermo a la comunidad y al trabajo.

Por su parte, el Centro de Información en Salud Mental de Latinoamérica (CISMLA), establecido en la Oficina Sanitaria Panamericana con el objeto de recoger, analizar y distribuir información relativa a la salud mental, ha iniciado estudios en el campo de la bibliografía, inventario de los servicios y aspectos jurídicos de la epilepsia. Hasta la fecha se han recopilado los trabajos, artículos y otras publicaciones que han aparecido en el período 1950-1963. El directorio de servicios psiquiátricos de América Latina está en proceso de formación y servirá de base para realizar un inventario de los servicios antiepilépticos.

En relación a los aspectos jurídicos del problema de la epilepsia, se han iniciado investigaciones en dos direcciones distintas, aunque complementarias. La primera ha concentrado su atención en la investigación bibliográfica sobre la materia. A este respecto, es digno de mencionar la labor efectuada por la "American Bar Foundation", que ha dedicado cinco años a completar un trabajo de recopilación y análisis de los aspectos legales de la enfermedad mental en los Estados Unidos de América, en el que se incluye el estudio de la epilepsia. La "Epilepsy Foundation" ha publicado en 1965 *The Legal Rights of Persons with Epilepsy—A Survey of State Laws and Administrative Policies Relating to Persons*

<sup>1</sup> Documento CD16/18 (20 de julio de 1965).

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 58, 8-9.

*with Epilepsy*,<sup>8</sup> que representa un enorme esfuerzo de investigación.

Además de los estudios anteriores, se han revisado libros y artículos sobre el tema.

Se ha procedido, asimismo, a investigar directamente la legislación vigente en América Latina en relación a las incapacidades jurídicas en que puedan incurrir los epilépticos. En esta labor hay que destacar la cooperación prestada por la Oficina Internacional del Trabajo a través de sus representantes en las Américas. En la actualidad, se dispone de información sobre 19 países. Si se exceptúa la relativa a los Estados Unidos de América preparada por la "American Bar Foundation" y la "Epilepsy Foundation", el resto de la información con que se cuenta es de muy escaso valor por cuanto no se extiende ni a la capacidad jurídica de los epilépticos, a su responsabilidad penal, ni a las consecuencias administrativas y sociales de la epilepsia. Existen, y por lo menos han sido denunciadas públicamente por instituciones nacionales de protección de los epilépticos, discriminaciones de hecho que afectan su condición social. Sin embargo, estas declaraciones no se basan en un estudio metódico sino que más bien son producto de una observación no organizada. Un estudio de las actitudes del público respecto al epiléptico requeriría la formación de equipos especializados en las ciencias de la conducta, y la erogación de fondos considerables para cubrir los gastos de la investigación.

En síntesis, el trabajo realizado en cumplimiento de la Resolución III de la XV Reunión del Consejo Directivo ha tenido carácter preliminar y exploratorio. Se han sentado las bases de una investigación epidemiológica a nivel continental, se ha reunido

información respecto a la condición jurídica de los epilépticos, pero todo ello necesitaría ser completado a nivel regional para poder establecer programas destinados al tratamiento de la epilepsia. Estos estudios requieren de personal suficiente y de medios económicos para llevarlos a cabo. En esta labor el CISMLA serviría de órgano de coordinación y asistencia técnica.

No se han estudiado de una manera concreta las consecuencias financieras de un estudio regional de las discriminaciones de carácter legal y de otra índole de que son objeto los epilépticos en las Américas. Por tanto, parece conveniente realizar un estudio que abarque todo el Continente, teniendo en cuenta que las normas jurídicas o las medidas sociales que se aplican a los epilépticos no están enunciadas de una manera específica y que es preciso buscarlas o descubrirlas dentro del ordenamiento jurídico y de la vida social de cada país, estudio que serviría de base para la formulación de normas o programas, tanto en el plano nacional como en el internacional, para la atención de los epilépticos en todos sus aspectos.

En uno de los países del Hemisferio se ha iniciado un proyecto con el fin de efectuar un estudio epidemiológico de los trastornos mentales, incluyendo la epilepsia como un punto concreto de dicho estudio. Además, está en consideración la iniciación de un proyecto semejante en otro país.

Como resultado de estos proyectos se espera poder evaluar con exactitud las necesidades de personal y gastos que exigiría la ejecución de un proyecto continental de investigaciones epidemiológicas y legales relativas a la epilepsia en las Américas.

El Director mantendrá debidamente informado al Consejo Directivo del desarrollo de los estudios a que antes se ha hecho referencia.

<sup>8</sup> Washington, D. C.: The Epilepsy Foundation, 1965. 51 págs.

## Anexo 10

### TRANSPORTE INTERNACIONAL DE CADAVERES <sup>1</sup>

El Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión, examinó el Documento CE52/17,<sup>2</sup> que resumía la legislación vigente en 21 países y entidades políticas de las Américas en relación al transporte internacional de cadáveres. Este documento ha sido puesto al día, habiéndose incorporado las respuestas de los Gobiernos llegadas con posterioridad a su preparación.<sup>3</sup> El número total de respuestas alcanza la cifra de 31, de manera que se tiene un cuadro muy completo de la legislación de que se trata en las Américas.

De acuerdo con la Resolución XVIII <sup>4</sup> de la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo, el Director encomendó a un grupo de estudio, compuesto del Sr. William M. Annetti, División de Exequias, Secretaría del Ejército, y del Sr. John F. Harty, Director, Centro de Derecho Sanitario, Escuela de Graduados de Salud Pública, Universidad de Pittsburgh, E.U.A. la preparación de un informe sobre la materia. El grupo de estudio ha preparado dicho informe <sup>5</sup> y, además, ha establecido las bases fundamentales para una reglamentación <sup>6</sup> del transporte internacional de cadáveres en las Américas.

En cumplimiento de la mencionada resolución del Comité Ejecutivo, el Director tiene el honor de transmitir al Consejo Directivo el informe sobre legislación y el informe del grupo de estudio, a que se ha hecho referencia en los párrafos anteriores, para su consideración.

Al propio tiempo, es conveniente recordar las sugerencias presentadas por los Representantes en el curso del debate que tuvo lugar en el seno del Comité Ejecutivo. El Representante de Panamá, Dr. Alberto E. Calvo, se refirió a la posibilidad de que, con la autorización de los Gobiernos, la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana tomara una

decisión al respecto. Señaló, además, que la reglamentación del transporte internacional de cadáveres pudiera incorporarse al Reglamento Sanitario Internacional. Por su parte, el Representante de México, Dr. Manuel B. Márquez Escobedo, no estimó recomendable incluir dichas normas en el Reglamento Sanitario Internacional que, como se aclaró más tarde, constituye una unificación y revisión de las disposiciones de convenciones sanitarias internacionales y otros acuerdos anteriores a él.

Tanto los Representantes mencionados, como el Dr. Manoel José Ferreira, del Brasil, el Dr. Charles C. Wedderburn, de Jamaica, y el Dr. Daniel Orellana, de Venezuela, se mostraron de acuerdo en consultar el parecer a los Gobiernos. También se expresó la opinión de que la reglamentación no se limitara a las Américas sino que tuviera un carácter mundial, y, en ese sentido, que se consultara al Director General de la Organización Mundial de la Salud. Por último, el Dr. Orellana señaló que la situación tenía que estudiarse en cada país y con todo detalle, con el objeto de modificar las reglamentaciones en vigor por cuanto las mismas no se han revisado en mucho tiempo.

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana procederá a dar cumplimiento con toda diligencia a las recomendaciones que apruebe el Consejo Directivo. Este podría recomendar que se consultase directamente a los Gobiernos de la Organización. En este caso, la Secretaría remitiría a los Gobiernos el informe del grupo de estudio, más las actas correspondientes, y prepararía más tarde un documento-resumen de las respuestas recibidas. Este documento podría someterse a la consideración de una comisión especial representativa de los intereses morales, jurídicos, sociales y sanitarios afectados por el problema para que preparara un proyecto de reglamento sobre transporte internacional de cadáveres en las Américas. Podría estimarse que el Comité Ejecutivo, constituido en grupo de trabajo,

<sup>1</sup> Documento CD16/27 (23 de agosto de 1965).

<sup>2</sup> Véase Apéndice 1, págs. 414-415.

<sup>3</sup> Véase Apéndice 2, pág. 416.

<sup>4</sup> Documento Oficial de la OPS 62, 40.

<sup>5</sup> Véase Apéndice 3, págs. 416-418.

<sup>6</sup> Véase Apéndice 4, págs. 418-419.

asesorara al Consejo o a la Conferencia, en lugar de dicha comisión especial.

La aprobación del proyecto de reglamento podría someterse a una conferencia especial o a la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, en el caso de que se quisiera dar a dicha reglamentación la forma solemne de un convenio o tratado internacional dentro del Sistema Interamericano.

La tramitación prevista anteriormente se señala tan sólo a los efectos de facilitar la discusión por parte del Consejo Directivo, que puede aprobarla o modificarla según lo estime conveniente para la consecución del objetivo final, que es el de lograr una reglamentación uniforme y general en las Américas relativa al transporte internacional de cadáveres.

### Apéndice 1

#### RESUMEN DE LA LEGISLACION VIGENTE RELATIVA AL TRANSPORTE INTERNACIONAL DE CADAVERES <sup>1</sup>

La legislación vigente en las Américas relativa al transporte internacional de cadáveres presenta un cuadro variado y complejo. En realidad, cada país tiene una reglamentación propia que si bien en algunos aspectos fundamentales es coincidente, en los demás presenta características propias. Hay países que regulan de una manera específica y concreta la entrada y salida de cadáveres a través de sus fronteras. Hay otros que únicamente tienen establecida una norma general que determina la autoridad competente en esos asuntos y, por último, hay un grupo de Estados que no cuentan con ninguna clase de reglamentación y que resuelven los casos que se les presentan siguiendo prácticas administrativas anteriores.

Con el objeto de precisar las ideas expuestas anteriormente se expone a continuación, y en relación a las naciones y otras entidades políticas de las cuales se tiene información, la reglamentación vigente en ellas.

*Belice.* No hay ni ley ni reglamento sobre la materia.

*Bolivia.* El Ministerio de Salud Pública autoriza o deniega el traslado de cadáveres fuera del país (Artículo 139 del Código Sanitario de 1958).

*Brasil.* No existe ley ni reglamento, pero en cambio una norma de servicio de la Dirección de Aeronáutica Civil (División de Tráfico) establece requisitos para la forma de transporte de cadáveres a bordo de aeronaves comerciales.

*Colombia.* No dispone de ley ni reglamento especial.

*Costa Rica.* La introducción de cadáveres al territorio

de la República sólo podrá hacerse con autorización del Ministerio de Salubridad Pública (Artículo 142 del Código Sanitario de 1949).

*Cuba.* En el Manual de Normas y Procedimientos del Ministerio de Relaciones Exteriores se establecen los requisitos para la entrada de cadáveres en el territorio nacional. Además, regula la materia una Instrucción Especial No. 1-67, del 20 de julio de 1961, de la Dirección de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud Pública.

*Chile.* En el Reglamento General de Cementerios, del 14 de abril de 1932, se dispone que los cadáveres transportados desde el extranjero por cualquier vía (marítima, aérea o terrestre) no podrán ser introducidos al país sin que previamente se especifique ante la Dirección General de Sanidad, por medio de documentos debidamente autorizados por las autoridades sanitarias del punto de origen y visados por el cónsul chileno, que el transporte no ofrece peligros para la seguridad (Artículo 35).

*Ecuador.* El transporte internacional de cadáveres deberá ser autorizado en cada caso por la Dirección de Sanidad, que tendrá en cuenta las disposiciones internacionales y la reglamentación de uso interno para otorgar o denegar el permiso (Artículo 106 del Código Sanitario).

*El Salvador.* La introducción de cadáveres u osamentas a la República, según el Código Sanitario, sólo podrá hacerse con autorización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien la otorgará con informe favorable de la Dirección General de Salud.

*Estados Unidos de América.* La Sección 72.12 del Reglamento de la Secretaría de Estado trata del trans-

<sup>1</sup> Documento CE52/17 (27 de marzo de 1965).

porte de restos mortales a los Estados Unidos de América y establece los requisitos a cumplir en estos casos. Por su parte, la Secretaría del Ejército tiene un Reglamento relativo a cuidado y traslado de restos mortales en el cual hay una sección dedicada al transporte de los mismos.

*Guatemala.* No existe legislación específica en cuanto al traslado internacional de cadáveres y los casos que se presentan son resueltos por la Dirección General de Sanidad Pública y el Consejo Superior de Sanidad.

*Guayana Británica.* Con arreglo a la Ordenanza de Salud Pública la entrada de cadáveres en el territorio requiere la aprobación de la Junta Central de Salud.

*Haití.* No existe ley ni reglamento que regulen la materia pero la Dirección de Higiene Pública de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Población tiene establecido un procedimiento para el traslado de cadáveres al extranjero.

*Honduras.* Está previsto que no se pueden trasladar los cadáveres fuera de la República ni introducirlos en ella sin permiso de la autoridad sanitaria correspondiente o del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, previo informe favorable de la Dirección General de Sanidad (Artículo 114 del Código de Sanidad y Reglamento de Higiene y Salubridad Pública).

*México.* El Código Sanitario requiere que la entrada y salida de cadáveres sea aprobada por la autoridad sanitaria federal (Artículo 111 del Código Sanitario). Además, el Reglamento Federal de Cementerios, Inhumaciones, Exhumaciones, Conservación y Traslación de Cadáveres, del 28 de febrero de 1928, contiene en su Capítulo III disposiciones que regulan la materia (Artículo 23 y Artículo 41 y siguientes).

*Nicaragua.* No cuenta con legislación o reglamentación especial sobre el caso.

*Panamá.* Los permisos para la exhumación y transporte internacional de cadáveres serán otorgados por la Dirección General de Salud Pública de acuerdo con los preceptos internacionales sobre la materia, según el Código Sanitario.

*Paraguay.* No hay reglamentación de ninguna clase (leyes, decretos, reglamentos u órdenes) relativa a la

materia. En la práctica seguida es el Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el que interviene en estos casos.

*Perú.* Existe un Decreto Supremo del 8 de junio de 1923 que regula en detalle la internación en el país de cadáveres de personas fallecidas en el extranjero y la exportación de cadáveres.

*República Dominicana.* La materia está reglamentada en el Artículo 138 del Código de Salud Pública y en el Reglamento sobre Policía Mortuoria.

*Venezuela.* El Reglamento de Cementerios, Inhumaciones y Exhumaciones (Decreto No. 115 del 3 de noviembre de 1948) dispone que el traslado al extranjero o del extranjero a Venezuela exige el requisito previo del embalsamiento del cadáver salvo en el caso de que el enterramiento tenga lugar antes de las 36 horas del fallecimiento, y sin perjuicio de lo previsto en los convenios internacionales.

El resumen anterior permite darse cuenta de que, efectivamente, como se decía al empezar este informe, no existe uniformidad alguna respecto a las normas que regulan el transporte internacional de cadáveres. Es evidente que sería útil establecer, en la forma en que se estime más apropiada, un sistema de normas de aplicación general en las Américas. Es indudable que desde un punto de vista moral la existencia de una reglamentación clara y determinada contribuiría a hacer menos penosa la situación en que se encuentran los familiares del finado en estos casos. Estos intereses morales son altamente atendibles porque responden al legítimo deseo de las familias de que los restos de sus parientes reciban sepultura en el suelo nacional. Esta situación se ha acentuado en la vida moderna en razón de la facilidad de los desplazamientos por vía terrestre, marítima o aérea entre las naciones.

El Director de la Oficina presenta al Comité Ejecutivo la información y los comentarios anteriores a invitación de la Delegación de los Estados Unidos de América, que ha mostrado reiteradamente su interés en el problema. Al propio tiempo, el Director solicita del Comité Ejecutivo las instrucciones pertinentes para dar a este asunto la tramitación que estime procedente.

## Apéndice 2

**INFORMACION SOBRE LEGISLACION RECIBIDA CON  
POSTERIORIDAD A LA 52ª REUNION DEL COMITE EJECUTIVO <sup>1</sup>**

*Antigua.* La Ordenanza de Salud Pública No. 34 (1956) contiene disposiciones en sus secciones 24 y 161, relativas al transporte de cadáveres a cualquiera de las islas Leeward o a otro lugar. La Junta Central de Salud está autorizada para conceder el permiso de salida de un cadáver.

*Argentina.* En el Título VII (Capítulos 1 (Resolución del 16 de enero de 1937) y 2 (Resolución de 19 de enero de 1937)) del *Digesto Sanitario* se hace referencia al transporte de cadáveres. La Dirección de Sanidad de Fronteras y Transporte tiene facultad, en ciertas circunstancias, para autorizar directamente el traslado de cadáveres a otras ciudades dentro y fuera del país, y el oficial médico sanitario del puerto concede la autorización para el desembarco.

*Barbada.* El Director de los Servicios Médicos u otro oficial médico que este designe a tal efecto, concede o deniega el permiso para transportar cadáveres en ciertas condiciones. (*Public Health Act, 1954, Importation and Exportation of Human Remains, Regulations, 1959.*)

*Dominica.* La Ordenanza de Servicios Médicos y Sanitarios No. 9, de 1935, determina, en su Sección 11, las condiciones en que se permite la entrada a la isla de un cadáver.

*Jamaica.* No existe legislación sobre la entrada de

<sup>1</sup> Documento CD16/27, Anexo II.

cadáveres; sin embargo, a este respecto, ha regido una circular del Secretario de Estado para las Colonias (Reino Unido), de 1955.

*Montserrat.* No existe legislación sobre la materia.

*San Cristóbal.* La Ordenanza Sanitaria o de Aduanas no contiene disposiciones sobre el transporte de cadáveres y, si bien se han establecido algunas disposiciones sanitarias, no han sido puestas en vigor. Según estas disposiciones, los cadáveres deben colocarse en un féretro herméticamente cerrado contenido en una caja de plomo.

*Santa Lucía.* El Oficial de la Dirección de Sanidad es la única persona a quien puede entregarse el cadáver que entre en la isla. El cadáver deberá ser transportado en un féretro impermeable.

*San Vicente.* No existen reglamentos sanitarios ni de aduana sobre la entrada o salida de cadáveres. Tampoco hay servicios para embalsamarlos o cremarlos. Las Autoridades Sanitarias requieren que los cadáveres se transporten en cajas metálicas herméticamente cerradas colocadas en otra de madera.

*Surinam.* La Ordenanza de Inhumaciones, de 1926, dispone que para la entrada y salida de cadáveres se requiere la autorización del Procurador General. El transporte se deberá efectuar en una caja metálica herméticamente cerrada contenida en otra de madera que debe también cerrarse en debida forma.

## Apéndice 3

**INFORME DEL GRUPO DE ESTUDIO SOBRE TRANSPORTE  
INTERNACIONAL DE CADAVERES <sup>1</sup>**

## RESUMEN

La legislación vigente en los países de las Américas relativa al transporte internacional de cadáveres es muy

<sup>1</sup> Documento CD16/27, Anexo III.

variada y completa. En el grupo de países que no cuentan con reglamentos ni disposiciones de ninguna clase sobre la materia, se resuelven los casos que se presentan de acuerdo con prácticas administrativas anteriores. En general, los requisitos que actualmente se

exigen para el transporte internacional de cadáveres no se ajustan a las necesidades de los viajes modernos en una sociedad mundial.

Conviene señalar especialmente que muchos países exigen que se dedique un vagón de carga, o un compartimiento de una aeronave exclusivamente al traslado de un cadáver. El costo de dicho traslado puede ascender a varios miles de dólares y, en consecuencia, impedir el regreso de los restos mortales al país del finado para recibir sepultura.

Se recomienda que en las Américas se unifiquen y estandaricen los requisitos internacionales legales y sanitarios sobre la salida y entrada de cadáveres.

#### GENERALIDADES

##### 1.1 Referencias

a. *Tema 19: Transporte Internacional de Cadáveres*, Novena sesión plenaria, 52ª Reunión del Comité Ejecutivo.<sup>2</sup>

b. Resolución XVIII,<sup>3</sup> 52ª Reunión del Comité Ejecutivo.

##### 1.2 Mandato

Resolución XVIII,<sup>4</sup> 52ª Reunión del Comité Ejecutivo.

##### 1.3 Objetivos

Examinar y evaluar la conveniencia de los requisitos que actualmente se exigen para la entrada y salida de cadáveres en las Américas, teniendo en consideración los aspectos siguientes:

a. El aspecto moral en lo que se refiere al traslado de un cadáver, para darle sepultura en el suelo nacional de conformidad con los deseos de los familiares inmediatos.

b. La apremiante necesidad de establecer y aplicar un procedimiento uniforme para el traslado de cadáveres en las Américas, debido a la frecuencia y generalización de los viajes por tierra, mar y aire, entre estos países.

c. La documentación relativa a un cadáver, a diferencia de la que se requiere, por ejemplo, para enajenar una propiedad inmueble, es una cuestión delicada que debe tramitarse de una manera decorosa y con el mínimo de inconveniencias y demoras.

##### 1.4 Responsabilidad

Todos los países de las Américas tienen la importante obligación de facilitar el transporte nacional o internacional de cadáveres de acuerdo con los deseos de los familiares más próximos del finado.

<sup>2</sup> Véase Apéndice 1, págs. 414-415, y *Documento Oficial de la OPS 64*, 153-157.

<sup>3</sup> *Documento Oficial de la OPS 62*, 18.

<sup>4</sup> *Ibid.*

##### 1.5 Antecedentes

a. En algunas ocasiones, un grupo de países ha tratado de concertar "acuerdos internacionales" relativos al traslado de cadáveres, por ejemplo, la Convención de Berlín, de 1937, sobre el Transporte de Cadáveres; en la mayoría de los casos, los países signatarios no han ratificado estos acuerdos. Por lo común, cada país ha establecido sus propias disposiciones legales y sanitarias para el transporte nacional e internacional de cadáveres. Generalmente, estas disposiciones se han formulado sin tener en cuenta los requisitos exigidos por los países vecinos o distantes. En realidad, cada país cuenta con sus propias reglamentaciones que, si bien resultan similares en algunos aspectos básicos, difieren en todos los demás. Esto ha dado lugar a una serie de disposiciones muy variadas y complejas y que, comúnmente, resultan impropias y anticuadas con respecto a los modernos conocimientos médicos, medios de transporte y experiencia.

b. Uno de los factores que ha motivado el establecimiento de esta serie de normas y reglamentos es, indudablemente, el arraigado temor a la posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas a causa de la salida o entrada de cadáveres. Los Estados Unidos de América, al transportar miles de cadáveres de militares después de la Segunda Guerra Mundial y durante el conflicto de Corea, a más de los que sigue trasladando al presente de todas partes del mundo, han demostrado claramente que carece de fundamento la teoría de que se transmiten enfermedades infecciosas con el transporte internacional de cadáveres.

c. El procedimiento utilizado en la Segunda Guerra Mundial era sencillo. Se rocaba abundantemente los cadáveres con un compuesto en polvo que contenía formol, se les envolvía en una mortaja y después se les encerraba herméticamente en un ataúd de metal (con burletes de goma), que a su vez se colocaba en un cajón de madera para el transporte. Durante el conflicto de Corea, los cadáveres eran embalsamados, de acuerdo con las normas de los Estados Unidos de América, y se colocaban en un ataúd herméticamente cerrado (con burletes de goma), que a su vez se colocaba en un cajón de madera para el transporte.

d. El mayor uso del transporte aéreo obligó a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América a fabricar una caja de aluminio, ligera, que podía utilizarse repetidas veces. En consecuencia, según el procedimiento militar actual, los cadáveres deben ser embalsamados, envueltos en una mortaja de material plástico y colocados en dicha caja sellada herméticamente (con burletes de goma), para el traslado al país. Cada vez que se utiliza la caja de traslado se desinfecta y se reexpide al extranjero para ser utilizada nuevamente.

Puesto que la caja de traslado puede volverse a usar, la mortaja de plástico ayuda a mantener las condiciones



asépticas de la caja, ya que evita el escape de líquidos del cadáver.

e. Existe en el mercado una caja para el traslado de cadáveres, hecha de acero (menos complicada y no tan costosa), herméticamente cerrada (con burletes de goma), y que se utiliza una sola vez. El Gobierno del Reino de los Países Bajos ha venido utilizando esta caja para el traslado de los miembros de las Fuerzas Armadas fallecidos fuera del país.

### 1.6 Legislación

a. La legislación sobre transporte internacional de cadáveres, actualmente en vigor en las Américas, es muy variada y compleja. Cada país ha establecido sus propias disposiciones que, si bien son similares en algunos aspectos fundamentales, difieren en otros.

b. Algunos países poseen reglamentos específicos, mientras que otros sólo tienen una disposición general en la que se establece que la autoridad pertinente decida a ese respecto. Por último, hay un grupo de países que no cuentan con ninguna reglamentación ni disposición sobre la materia, y que resuelven los casos que se

presentan siguiendo prácticas administrativas anteriores.

c. Cabe señalar que algunos países exigen una inspección consular y la presentación de un certificado de que la caja mortuoria no contiene más que el cadáver. Si bien se admite la posibilidad de que se oculte algún contrabando en la caja mortuoria, esta posibilidad es muy remota, ya que tendrían que coincidir una serie de circunstancias, inclusive la oportunidad de la defunción.

### 1.7 Conclusiones

a. En general, los requisitos que actualmente se exigen para el transporte internacional de cadáveres no responden al sistema de viajes de una sociedad mundial y no son compatibles con los conocimientos científicos modernos. En efecto, es preciso simplificarlos, uniformarlos, y ponerlos al día, con el fin de eliminar dificultades internacionales innecesarias a los familiares del finado que deseen transportarlo para darle sepultura.

b. Con esta finalidad, el grupo de estudio ha preparado un documento de trabajo en el que se formula, en líneas generales, una serie de normas y disposiciones que podrían ser de utilidad en las Américas.

## Apéndice 4

### PROYECTO DE NORMAS GENERALES PARA LAS AMERICAS SOBRE TRANSPORTE INTERNACIONAL DE CADAVERES <sup>1</sup>

#### I. CRITERIOS FUNDAMENTALES

1. Es conveniente evitar las dificultades derivadas de las diferentes disposiciones relativas al traslado de cadáveres y establecer normas uniformes y estandarizadas sobre la materia.

2. El tránsito de cadáveres entre los países debe simplificarse, a fin de tener en consideración los aspectos morales y sociales del caso.

3. No se debe autorizar el transporte de cadáveres cuando la causa ha sido la fiebre amarilla, la peste, el cólera, la viruela, el tifus, la fiebre recurrente o cualquier otra enfermedad epidémica sujeta a notificación de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional, salvo que se reúnan determinados requisitos especiales para evitar la posibilidad de transmisión.

4. Es preciso simplificar los procedimientos administrativos que se apliquen en estos casos y, específicamente, autorizar a un solo funcionario, por regla general del Servicio de Salud Pública, a que permita la salida y entrada de cadáveres.

5. El transporte de cadáveres entre distritos fronterizos se debe considerar como transporte nacional.

6. El traslado de cenizas humanas no debe ser objeto de ninguna reglamentación.

7. Por transporte internacional de cadáveres se entiende el que exclusivamente tiene lugar inmediatamente después de la defunción o de la exhumación. Cada país establecerá sus propias disposiciones con respecto al enterramiento y exhumación.

8. Los países de las Américas quedan en libertad de reducir las formalidades, ya sea mediante acuerdos bilaterales o por decisiones convenidas en casos particulares de común acuerdo.

<sup>1</sup> Documento CD16/27, Anexo III, Apéndice 1.

## II. DOCUMENTACION

1. Para el transporte internacional de un cadáver se requerirán los siguientes documentos:

a. Un certificado legalizado de defunción, expedido por el registro local de defunciones, u otra autoridad análoga, en el que se indiquen el nombre, la edad y la nacionalidad del finado; el lugar, la fecha y la causa del fallecimiento, certificado por el médico que atendió al paciente.

b. Una declaración de la persona que preparó el cadáver, haciendo constar que lo hizo en debida forma y que ha cumplido con las medidas ideales estipuladas en la Sección III.

c. Un permiso de tránsito en el que conste el apellido, nombre y edad del finado, así como el lugar y causa de defunción, expedido por la autoridad competente del lugar en que ocurrió el fallecimiento, o el de la sepultura en caso de que se trate de restos mortales exhumados.

2. La autoridad competente no expedirá dicho permiso de tránsito sin la previa presentación de:

a. Un certificado legalizado de defunción; y

b. Una declaración oficial en el sentido de que el traslado del cadáver reúne los requisitos necesarios desde el punto de vista legal, y que ha sido colocado en una caja (caja de traslado, féretro o ataúd) de conformidad con estas disposiciones.

## III. MEDIDAS SANITARIAS

Los cadáveres estarán sujetos a las siguientes medidas:

a. El lavado general con un desinfectante eficaz, desinfección de todos los orificios, obturación de los mismos con algodón empapado también con un desinfectante efectivo, envoltura del cadáver con una mortaja empapada de un buen desinfectante y colocación en una caja de metal (caja de traslado, féretro o ataúd); o

b. El adecuado embalsamamiento (arterias y cavidades) y colocación del cadáver en una caja metálica (caja de traslado, féretro o ataúd) herméticamente sellada (con burletes de goma o soldada).

## IV. REQUISITOS PARA EXPEDIR EL CADAVER

Los cadáveres preparados para el transporte internacional deben colocarse en una caja metálica (caja de traslado, féretro o ataúd). Cuando la causa del fallecimiento sea una enfermedad contagiosa, el cadáver debe ser embalsamado (arterias y cavidades) y colocado en una caja metálica herméticamente sellada, o bien cremado.

La caja metálica (caja de traslado, féretro o ataúd) deberá cerrarse herméticamente (con burletes de goma

o soldada). La caja herméticamente cerrada (caja de traslado, féretro o ataúd) puede ser expedida sin ninguna otra envoltura (salvo en el caso de transporte marítimo); o bien, para los fines de protección, se puede colocar en un cajón de madera o de otro material para evitar el movimiento. También puede envolverse con una tela especialmente destinada a tal efecto.

## V. TRASLADO POR FERROCARRIL

Las disposiciones que regirán en este caso son las siguientes:

a. La caja metálica (caja de traslado, féretro o ataúd) debe transportarse en un vagón de equipaje o en el compartimiento de equipaje de un vagón de pasajeros, salvo que se entregue en un furgón funerario o vehículo (camión) cerrado y se le mantenga en el mismo.

b. Cada país determinará el plazo dentro del cual el cadáver deberá ser retirado a la llegada.

c. El traslado se efectuará por la ruta más rápida y, en la medida de lo posible, sin trasbordos.

d. No se permitirá el transporte de objetos junto con la caja metálica, salvo coronas, flores, etc.

## VI. TRASLADO POR CARRETERA

Las disposiciones relativas a este tipo de transporte son las siguientes:

a. La caja metálica (caja de traslado, féretro o ataúd) se transportará de preferencia en un furgón funerario cerrado o, en su defecto, en un camión ordinario también cerrado.

b. No se permitirá el transporte de objetos junto con la caja metálica, salvo coronas, flores, etc.

## VII. TRASLADO POR VIA AEREA

Las disposiciones que regirán para este caso son las siguientes:

a. La caja metálica se transportará en un avión especial (fletado) o en el compartimiento de equipaje de un avión de pasajeros o en una aeronave de carga.

b. No se permitirá el transporte de objetos junto con la caja metálica, salvo coronas, flores, etc.

## VIII. TRASLADO POR VIA MARITIMA

La siguiente disposición regirá en este caso:

El ataúd metálico se colocará dentro de una caja de madera ordinaria u otro material, o se envolverse con una tela especialmente destinada a tal efecto, a fin de evitar el movimiento.

## Anexo 11

### ORGANIZACION DE LA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA Y ENMIENDAS A LOS ARTICULOS 7-D, 12-B Y 14 DE LA CONSTITUCION<sup>1</sup>

#### I. Organización de la Conferencia

La 47ª Reunión del Comité Ejecutivo (Minneapolis, Minnesota, 3 de septiembre de 1962) recomendó<sup>2</sup> que se llevara a cabo un estudio de las correspondientes disposiciones de los Documentos Básicos con el objeto de simplificar la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana y de aclarar su Reglamento Interno.

El estudio había de tener como base las observaciones y sugerencias formuladas por los Gobiernos. El Consejo Directivo, en su XIV Reunión (Washington, D.C., 16-25 de septiembre de 1963),<sup>3</sup> decidió que se invitara nuevamente a los Gobiernos a expresar sus puntos de vista, dado el escaso número de comunicaciones recibidas y que el Director de la Oficina presentara a la XVI Reunión del Consejo Directivo un informe circunstanciado que los tomase en cuenta.

El Comité Ejecutivo en su 50ª Reunión (Washington, D.C., 27 de abril-1 de mayo de 1964) encomendó<sup>4</sup> al Director que prosiguiera su estudio y se pusiera en relación con los Gobiernos que todavía no habían expresado su opinión. Asimismo, le sugirió la conveniencia de presentar un informe preliminar a la XV Reunión del Consejo Directivo. De acuerdo con esta indicación, el Director presentó el informe solicitado (Documento CD15/26)<sup>5</sup> con un Addendum<sup>6</sup> que clasificaba y resumía las opiniones expresadas por los Gobiernos, al mismo tiempo que acompañaba como anexo, copia de las comunicaciones originales recibidas.

La XV Reunión del Consejo Directivo (México,

D.F., 31 de agosto-11 de septiembre de 1964) examinó conjuntamente los temas 25 y 36 de su programa, el primero relativo al lugar de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, y el segundo, al estudio de la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana. Ambos temas fueron analizados en detalle en sesión plenaria.<sup>7</sup> En el curso de la discusión, los Representantes del Perú y del Ecuador presentaron enmiendas a los Artículos 14, 7-D y 12-B de la Constitución. El Consejo Directivo en su Resolución XXXIX<sup>8</sup> encomendó al Director que pusiera en conocimiento de los Gobiernos de la Organización las enmiendas constitucionales propuestas en la Reunión y las que se recibieran oportunamente antes de la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo. Asimismo, encomendó al Comité Ejecutivo que presentara a la XVI Reunión del Consejo Directivo un informe sobre la organización, estructura y lugar de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización.

El Director sometió a la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo (Washington, D.C., 19-23 de abril de 1965) un informe<sup>9</sup> en cuya preparación siguió como criterio general el de reflejar única y simplemente la práctica anterior y la experiencia obtenida en el curso de estos últimos años. Además, el informe tenía por objeto facilitar la labor del Comité Ejecutivo mostrándole los principales aspectos del funcionamiento de la Secretaría de una conferencia y los problemas conexos.

El Comité Ejecutivo estudió el documento presentado por el Director y designó un grupo de trabajo formado por el Dr. Alberto E. Calvo de Panamá, y el Dr. Daniel Orellana de Venezuela, para que presentara un informe sobre los siguientes

<sup>1</sup> Documento CD16/22 (12 de agosto de 1965).

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 49, 351-353.

<sup>3</sup> Resolución XXVI. Documento Oficial de la OPS 54, 22-23.

<sup>4</sup> Resolución VIII. Documento Oficial de la OPS 57, 8.

<sup>5</sup> Documento mimeografiado.

<sup>6</sup> Véase Apéndice 2, págs. 425-427.

<sup>7</sup> Documento Oficial de la OPS 60, 186-192 y 197-198.

<sup>8</sup> Documento Oficial de la OPS 58, 41-42.

<sup>9</sup> Véase Apéndice 1, págs. 423-425.

puntos: 1) organización y estructura de las Conferencias; 2) lugar de celebración de las mismas; 3) enmiendas constitucionales a los Artículos 7-D y 12-B presentadas por el Representante del Ecuador, y 4) incorporación de un párrafo F al Artículo 14 de la Constitución, propuesto por el Representante del Perú en la XV Reunión del Consejo Directivo. El Comité Ejecutivo examinó el informe del grupo de trabajo en sesión plenaria, que fue objeto de algunas enmiendas, y resolvió:<sup>10</sup> tomar nota del informe presentado por el Director sobre la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana; transmitirlo a la XVI Reunión del Consejo Directivo, y aprobar el informe del grupo de trabajo con las enmiendas introducidas y transmitirlo como suyo propio al Consejo Directivo para que este adoptara las medidas que estimara convenientes.

Este último informe se unió al Informe Final de la Reunión.<sup>11</sup>

## 2. Enmiendas a los Artículos 7-D y 12-B de la Constitución

En la decimoquinta sesión plenaria de la XV Reunión del Consejo Directivo, el Representante del Ecuador sometió un proyecto de resolución,<sup>12</sup> sin carácter definitivo dada la complejidad del asunto, relativo a autorizar el reembolso de los gastos efectivos de viaje del delegado jefe o del delegado único enviado por los respectivos Gobiernos a las reuniones de la Conferencia y, asimismo, el pago de las correspondientes dietas. A estos efectos propuso las siguientes enmiendas constitucionales:

### *Texto vigente*

#### *Artículo 7-D*

"Cada Gobierno pagará los gastos de su delegación y la Oficina los de su personal".

#### *Artículo 12-B*

"Cada Gobierno pagará los gastos de su representación, y la Oficina los gastos de su personal".

### *Texto propuesto*

#### *Artículo 7-D*

"Los gastos del delegado jefe o del delegado único a la Conferencia estarán a cargo de la Oficina, así como los de su personal".

#### *Artículo 12-B*

"La Oficina pagará los gastos de un representante por cada Gobierno y los de su personal".

El Director comunicó a los Gobiernos dichas enmiendas constitucionales (CT/Doc-CL-6-65, de 25 de marzo de 1965) en cumplimiento de la Resolución XXXIX de la XV Reunión del Consejo Directivo.

El Comité Ejecutivo, en su 52ª Reunión, estudió las enmiendas antes mencionadas y respecto de ellas formuló algunas recomendaciones que se encuentran en su informe sobre la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana<sup>13</sup> a que ya se ha hecho referencia. Entre dichas recomendaciones figuran las siguientes:

5. Recomendar al Consejo Directivo que al examinar la enmienda constitucional propuesta por el Representante del Ecuador a la última reunión del Consejo Directivo, tenga en cuenta que el Comité Ejecutivo estudió los distintos aspectos que, a su juicio, planteaba dicha enmienda.

Después de considerar la posibilidad de la simple adopción de la enmienda propuesta o de no hacer recomendación alguna, el Comité Ejecutivo analizó la redacción y el fondo de la proposición del Ecuador. Se consideró la enmienda desde el punto de vista de la práctica seguida por otros organismos internacionales, especialmente interamericanos. Se hizo referencia, de una manera general, al costo y financiamiento que implicaría su adopción, y a la conveniencia de conocer en detalle el efecto real que podría tener sobre la asistencia a las reuniones de los Cuerpos Directivos.

6. Encarecer al Director que presente al Consejo Directivo un informe en el que se incluyan datos: 1) sobre la práctica de otras organizaciones del sistema interamericano, así como de los organismos vinculados a las Naciones Unidas respecto al pago del viaje o gastos de los representantes que asistan a las reuniones y 2) sobre la nómina de asistencia de miembros de a) los organismos en que el viaje y los gastos sean abonados por la Organización, y b) los organismos en que el viaje o gastos sean sufragados por los Estados Miembros.

7. Recomendar al Consejo Directivo que, al examinar las enmiendas propuestas, cuyo objeto consiste en estimular y asegurar la asistencia a la Conferencia del mayor número posible de delegaciones de los Gobiernos Miembros, y al estudiar las enmiendas a los Artículos 7-D y 12-B (de la Constitución), tenga presente los dos puntos siguientes:

- a) Que en ambos casos se paguen los gastos a un Representante de cada Gobierno que sea funcionario técnico de alta categoría del Ministerio de Salud, y
- b) Que estos gastos comprendan solamente los costos de transporte de ida y vuelta por un itinerario autori-

<sup>10</sup> Resolución VIII. *Documento Oficial de la OPS* 62, 10-11.

<sup>11</sup> El texto completo de este informe aparece en el *Documento Oficial de la OPS* 62, 19-21.

<sup>12</sup> *Documento Oficial de la OPS* 60, 190.

<sup>13</sup> El texto completo del informe aparece en el *Documento Oficial de la OPS* 62, 19-21.

zados desde la capital del Gobierno Miembro hasta el lugar de reunión.

El Director comunicó a los Gobiernos las anteriores recomendaciones (CT/Doc-CL-10-65, de 19 de mayo de 1965). Junto con su comunicación remitió la parte correspondiente a las actas de las sesiones cuarta, quinta, sexta y séptima,<sup>14</sup> en las que se debatió la cuestión en general, las enmiendas propuestas por el Gobierno del Ecuador y la Resolución VIII aprobada por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión.

El Director presentará oportunamente a la consideración del Consejo Directivo un informe con los datos que le han sido solicitados a este respecto.

### 3. Enmienda al Artículo 14 de la Constitución

En la decimoquinta sesión plenaria<sup>15</sup> de la XV Reunión del Consejo Directivo, el Representante del Perú presentó una enmienda al Artículo 14 de la Constitución en el sentido de incorporar al mismo un nuevo párrafo. Esta enmienda constitucional dice textualmente lo siguiente:

"F. El Comité Ejecutivo será el organismo encargado de supervigilar directamente la marcha de la Organización, fiscalizando su estado financiero y el cumplimiento de sus programas, asunto del que dará debida cuenta al Consejo y a la Conferencia para su aprobación en un amplio informe que será uno de los temas centrales de las discusiones".

El Director, por carta circular (CT/Doc-CL-7-65, de 25 de marzo de 1965) y en cumplimiento de la Resolución XXXIX de la XV Reunión del Consejo Directivo, dio traslado de la anterior propuesta de enmienda a los Gobiernos de la Organización.

El Comité Ejecutivo consideró y analizó la modificación constitucional propuesta y, respecto de ella, llegó a una opinión que incorporó en el punto 8 de su informe sobre la Organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana, que dice así:

8. Comunicar al Consejo Directivo que ha sido criterio unánime del Comité Ejecutivo, en el que ha concurrido

<sup>14</sup> Documento Oficial de la OPS 64, 59-69, 70-85, 89-91, 94-100 y 104-105.

<sup>15</sup> Documento Oficial de la OPS 60, 189.

también el Observador del Perú, que las funciones asignadas al Comité Ejecutivo por el Artículo 14 de la Constitución, especialmente en sus apartados D y E, son lo suficientemente amplias para que no sea necesaria la enmienda constitucional propuesta a la XV Reunión del Consejo Directivo por el Representante del Perú.

Sin embargo, los objetivos que se proponía el Gobierno del Perú con dicha enmienda han sido de valor, en el sentido de estimular el estudio y determinación de funciones y responsabilidades que el Comité Ejecutivo puede cumplir para aliviar de una manera efectiva el trabajo y abreviar la duración de las reuniones de sus Cuerpos Directivos, cuando los mismos lo encuentren conveniente.

El Comité Ejecutivo aceptó por unanimidad la propuesta del Observador del Perú, en el sentido de que el Comité Ejecutivo esté oficialmente representado en las reuniones del Consejo Directivo y de la Conferencia por su Presidente o por cualquier otro miembro que designe el Comité. La Organización sufragará los gastos de transporte y viáticos de este Representante del Comité Ejecutivo.

El Director dio cuenta de lo anterior a los Gobiernos en su comunicación CT/Doc-CL-9-65 de 19 de mayo de 1965, a la que adjuntó la parte correspondiente de las actas de las sesiones cuarta, quinta, sexta y séptima, en las que se consideró el tema en general, la enmienda propuesta por el Gobierno del Perú y la Resolución VIII aprobada por la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo.

### 4. Observación final

La XIV Reunión del Consejo Directivo, en su Resolución XXVI, encomendó al Director de la Oficina que presentase a la XVI Reunión del Consejo Directivo un informe circunstanciado sobre la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana. Por su parte, la XV Reunión del Consejo, en su Resolución XXXIX encomendó al Comité Ejecutivo la presentación de un informe a la XVI Reunión del Consejo Directivo sobre la organización, estructura y lugar de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud.

El Consejo Directivo, siguiendo las normas establecidas en el Artículo 28 de la Constitución, tiene facultad para aprobar o rechazar las enmiendas constitucionales propuestas.

## Apéndice 1

ORGANIZACION DE LA CONFERENCIA  
SANITARIA PANAMERICANA <sup>1</sup>

La XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, encomendó <sup>2</sup> al Director de la Oficina, la presentación a su XVI Reunión, de un informe circunstanciado que tomase en cuenta las opiniones expresadas por los Gobiernos sobre la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana. El Comité Ejecutivo, en su 50ª Reunión, indicó al Director <sup>3</sup> la conveniencia de que presentase un informe preliminar sobre el mismo asunto a la XV Reunión del Consejo Directivo. Este informe aparece en el Documento CD15/26 y en su Addendum <sup>4</sup> se clasifican y resumen las opiniones expresadas por los Gobiernos, al mismo tiempo que se incluye copia de las comunicaciones originales recibidas.

La presentación de este informe deriva, por lo tanto, de una decisión de la XIV Reunión del Consejo Directivo y constituye un complemento de la Resolución XXXIX <sup>5</sup> adoptada por la XV Reunión del Consejo, que encomienda al Comité Ejecutivo que presente un informe a la XVI Reunión del Consejo Directivo sobre la organización, estructura y lugar de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud. En su preparación se ha seguido como criterio general el de reflejar, única y simplemente, la práctica anterior y la experiencia obtenida en el curso de los últimos años.

## COMPETENCIA Y ESTRUCTURA

La Conferencia Sanitaria Panamericana es constitucionalmente la autoridad suprema en el gobierno de la Organización. A ella le corresponde determinar las normas generales de la misma, incluyendo las financieras, y, cuando lo estime apropiado, dar instrucciones al Consejo, al Comité Ejecutivo y al Director de la Oficina en relación a cualquier asunto que entre dentro del campo de sus actividades propias. Las reuniones de la Conferencia son al mismo tiempo reuniones del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, salvo cuando se ocupa de cuestiones constitucionales, de las relaciones jurídicas entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud o la Organización de los Estados Americanos o de otras cuestiones relativas a

la Organización Panamericana de la Salud en su carácter de organismo especializado interamericano.

La Conferencia, que se reúne cada cuatro años, ha tenido siempre la misma estructura. Ha estado compuesta de una Comisión de Credenciales, una Comisión General, dos comisiones principales, una de asuntos técnicos y otra de asuntos administrativos, financieros y jurídicos y del Pleno de la Conferencia. En las reuniones de Puerto Rico (1958) y Minneapolis (1962) se constituyó además una Comisión Conjunta de Programa y Presupuesto.

Desde el punto de vista de la competencia, todos los asuntos pueden confiarse al Pleno de la Conferencia. En realidad, algunos de ellos son de su exclusiva competencia, como por ejemplo la elección de los Gobiernos Miembros que han de integrar el Comité Ejecutivo, y la elección del Director de la Oficina. También es propio de las sesiones plenarias de la Conferencia el examen del Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo, y del Informe Cuadrienal y el Informe Anual del Director. Al examinar estos dos últimos documentos se ha establecido la práctica de que los jefes de las delegaciones presenten, en relación a ellos, un informe sobre la labor nacional realizada en el campo de la salud desde la Conferencia anterior. Dicha práctica tuvo su origen en una recomendación <sup>6</sup> de la III Reunión del Consejo Directivo, en la cual se invitó a los Gobiernos a presentar a la Conferencia un informe escrito. Después la propia Conferencia ha ido formulando nuevas recomendaciones en relación a los informes cuadriennales sobre las condiciones de salud y los progresos realizados en cada país durante el período comprendido entre una y otra Conferencia.

Por su parte, la Oficina ha sido invitada a seguir publicando informes cuadriennales sobre las condiciones de salud. Este informe se considera también en sesión plenaria de la Conferencia que, en este caso, actúa como foro para el intercambio de informaciones relacionadas con la prevención de las enfermedades y la promoción y restitución de la salud física y mental.

La función de las llamadas comisiones principales es complementaria de la que corresponde al Pleno de la Conferencia. Su establecimiento con arreglo al Artículo 28 del Reglamento Interno de la misma, depende de que esta lo considere necesario para el despacho ordenado de los asuntos de la reunión. En realidad, las comisiones principales tienen por objeto simplificar y acortar el período total de la Conferencia. En efecto, ellas someten

<sup>1</sup> Documento CE52/13 (26 de marzo de 1965).

<sup>2</sup> Resolución XXVI. *Documento Oficial de la OPS* 54, 22-23.

<sup>3</sup> Resolución VIII. *Documento Oficial de la OPS* 57, 8.

<sup>4</sup> Véase Apéndice 2, págs. 425-427.

<sup>5</sup> *Documento Oficial de la OPS* 58, 41-42.

<sup>6</sup> Resolución XV. *Publicación de la OPS* 246, 31.

al Pleno, a través de sus relatores, los asuntos que están listos para ser resueltos sin nuevos debates. Así lo reconoce el Artículo 13 del Reglamento Interno de la Conferencia que dispone que "las sesiones plenarias se dedicarán a asuntos de interés general y a la discusión y aprobación de los informes de las diferentes comisiones". De una manera general, las comisiones principales facilitan el trabajo de la Conferencia, ya que esta se ha limitado a considerar los informes de los relatores y a modificar, revisar o aprobar los proyectos de resolución preparados en comisión.

Se ha seguido el criterio tradicional de constituir dos comisiones principales en las Conferencias. La primera de asuntos técnicos se ocupa de todos los temas del programa que tienen tal carácter. Algunos de los asuntos sometidos a su consideración requieren una extensa discusión en el curso de la cual muchos Gobiernos informan al respecto.

La segunda comisión principal circunscribe su misión al examen de los temas administrativos, financieros y jurídicos del programa de la Conferencia. Su duración dependerá de que se siga o no la práctica de reunir una comisión conjunta para el examen del programa y presupuesto. En todo caso, no ha de olvidarse que las comisiones principales pueden reunirse a distintas horas, en lugar de simultáneamente, cuando se presentaran problemas de local.

#### SERVICIOS DE SECRETARÍA

Cabe tener presente que la naturaleza de las funciones de la Conferencia exige un complejo sistema de Secretaría que integran profesionales diversos, junto con funcionarios administrativos, técnicos y auxiliares.

Entre las personas que colaboran en la múltiple labor de la Secretaría están los encargados de protocolo, intérpretes, traductores, taquígrafos y redactores de actas, unidos a todo el servicio de documentos que abarca su control, copia, corrección, reproducción, distribución y reserva y a los técnicos responsables del equipo electrónico para la interpretación simultánea y grabación de los debates.

Existen además servicios administrativos y financieros encargados de los edificios y locales, comunicaciones y transporte, seguridad y asistencia médica y contratación, pago y licenciamiento de empleados. A veces, el alojamiento, recibo y viajes forma parte del servicio de protocolo y en los demás casos, se integran estas operaciones en los servicios administrativos.

El costo de todos estos servicios, según se constituyan dos comisiones principales o una sola, no ha sido estudiado con anterioridad. También es posible que las economías que pudieran derivarse en cuanto a locales y otros conceptos en el caso de funcionar una comisión principal quedarán ampliamente reducidas a causa del aumento de los otros gastos enunciados.

Por lo tanto, sería conveniente disponer de una estima-

ción general con respecto a las proposiciones formuladas por los Gobiernos en relación a la modificación de la estructura de la Conferencia. Este tipo de estudio podría emprenderse en la primera ocasión de modo que los Gobiernos pudieran contar con un análisis de los servicios de Secretaría (personal, locales, equipo, material y documentación) y sus costos respectivos.

En este análisis se podría estudiar la conveniencia de los cambios de estructura y su repercusión económica. Decidir ahora una nueva organización, sin disponer de antecedentes suficientes y sin previa experiencia, podría poner en peligro los servicios de la Conferencia respecto de los cuales ha habido reconocimiento general de su buen funcionamiento. Las cuestiones planteadas—posibles reducciones de tiempo y de gastos—no son tan claras ni evidentes como para no requerir un examen más a fondo.

#### ENMIENDAS CONSTITUCIONALES

Al consultar de nuevo a los Gobiernos con respecto a la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana, de acuerdo con la Resolución XXVI de la XIV Reunión del Consejo Directivo, algunos de ellos presentaron enmiendas constitucionales y otros propusieron modificaciones al Reglamento Interno de la Conferencia.

En la XV Reunión del Consejo Directivo la Comisión General estuvo de acuerdo en que el Pleno examinase primero las cuestiones de carácter general (estructura, propósito de las sesiones plenarias, establecimiento o no de comisiones principales, etc.), que a continuación se estudiaran las enmiendas al Reglamento Interno de la Conferencia y, por último, el papel que la Sede va a tener en la celebración de las Conferencias Sanitarias Panamericanas y, en general, en las reuniones de los Cuerpos Directivos.

En el curso del debate los Representantes del Perú y del Ecuador presentaron enmiendas a los Artículos 14, 7-D y 12-B de la Constitución. Estas enmiendas han sido comunicadas a los Gobiernos Miembros en cumplimiento de la Resolución XXXIX de la XV Reunión del Consejo Directivo. Por su parte el Gobierno de los Estados Unidos de América había propuesto con anterioridad varias modificaciones al Reglamento Interno de la Conferencia, con las cuales se ha mostrado de acuerdo el Gobierno de Jamaica.

#### LUGAR DE CELEBRACION DE LA XVII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

El Consejo Directivo, en su XV Reunión, aplazó su decisión sobre este asunto hasta su XVI Reunión en 1965.

En la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, los Gobiernos del Uruguay y Cuba ofrecieron sus respectivos países como sede de la próxima Conferencia. En la XV Reunión del Consejo

Directivo, el Gobierno del Perú ofreció la ciudad de Lima para dicho evento. Por su parte, los Gobiernos de Bolivia, Honduras, Francia y Paraguay han propuesto que la Sede de la Organización en Washington sea la sede fija para la reunión de la Conferencia. Por último, el Representante de Venezuela, en el debate que tuvo lugar en la decimoquinta sesión plenaria del XV Consejo Directivo,<sup>7</sup> sugirió el establecimiento de un sistema de rotación que permitiese utilizar ampliamente la Sede pero, al mismo tiempo, diera oportunidad para que se celebraran las reuniones en otros lugares; el Representante de Nicaragua manifestó<sup>8</sup> su opinión en el sentido de que "es una necesidad ineludible que la próxima Conferencia se realice en Washington, debido a que se contará con edificio propio. Sin embargo, agrega, no quisiera que la Conferencia quedara precisamente sujeta a realizarse siempre en Washington. En realidad, esta debiera decidir cada vez dónde ha de celebrarse la reunión siguiente". Con respecto a las últimas proposiciones señaladas anteriormente hay que recordar el punto de vista de los Estados Unidos de América, según el cual sería necesaria una enmienda constitucional para reunir la XVII Conferencia en Washington.

A estos efectos conviene mencionar que, con arreglo a la Resolución XXIII<sup>9</sup> de la XIII Conferencia Sanitaria

Panamericana, cuando por circunstancias especiales no pueda cumplir el compromiso contraído el país elegido para sede de una Conferencia Sanitaria Panamericana "automáticamente la reunión de dicha Conferencia se realice en la Sede de la Oficina Sanitaria Panamericana". Esta disposición figura en el Reglamento Interno de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (Artículo 13)<sup>10</sup> y en el vigente está redactado en los siguientes términos: "Si por cualquier motivo no pudiera celebrarse la Conferencia en el país elegido, la reunión tendrá lugar en la Sede de la Oficina" (Artículo 2).<sup>11</sup> Estas disposiciones se aplicaron a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

#### OBSERVACION FINAL

Se somete el presente informe a la consideración del Comité Ejecutivo, teniendo en cuenta que a este le encomendó el Consejo Directivo la presentación de "un informe a la XVI Reunión del Consejo Directivo sobre la organización, estructura y lugar de las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud" y con el objeto de facilitar su labor, mostrándole los principales aspectos del funcionamiento de la Secretaría de una Conferencia y los problemas conexos.

<sup>7</sup> Documento Oficial de la OPS 60, 190.

<sup>8</sup> *Ibid.*, pág. 192.

<sup>9</sup> Publicación de la OPS 261, 162.

<sup>10</sup> Documento Oficial de la OPS 27, 11.

<sup>11</sup> Documento Oficial de la OPS 65, 53.

## Apéndice 2

### ESTUDIO DE LA ORGANIZACION DE LA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA <sup>1</sup>

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en cumplimiento de la Resolución VIII<sup>2</sup> adoptada por el Comité Ejecutivo en su 50ª Reunión, tiene el honor de someter a la consideración del Consejo Directivo el siguiente informe:

#### I. NUMERO Y CLASIFICACION DE LAS RESPUESTAS RECIBIDAS

Se han recibido 20 respuestas a las dos comunicaciones que con fecha 9 de noviembre de 1962 y 1 de noviembre

de 1963, el Director de la Oficina tuvo el honor de dirigir a los Gobiernos en virtud de los mandatos que le habían conferido el Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo. Las respuestas se pueden clasificar en tres grupos: 1) los Gobiernos que aceptan el sistema actual por estimar su funcionamiento satisfactorio y que son México, Panamá, Reino de los Países Bajos y Reino Unido; 2) los Gobiernos que ofrecen dar a conocer ulteriormente sus puntos de vista y que son Costa Rica, Ecuador, Guatemala y Trinidad y Tabago, y 3) un tercer grupo constituido por Argentina, Bolivia, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Honduras, Jamaica, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela, que formulan atina-

<sup>1</sup> Documento CD15/26, Addendum (26 de marzo de 1965).

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 57, 8.



das recomendaciones, ampliamente coincidentes y del más alto interés y que se analizan en el presente informe.

## II. ESTRUCTURA DE LA CONFERENCIA

Se ha expresado el criterio de que la reunión es costosa y larga. Al primer punto hacen referencia expresa las comunicaciones de Argentina, Francia y la República Dominicana, y el segundo se encuentra, en realidad, en forma expresa o tácita en las comunicaciones de los Gobiernos que se han incluido en el tercer grupo de la clasificación. El Gobierno argentino, por su parte, "considera de interés toda estructuración orgánica o funcional de la Conferencia que, manteniendo su jerarquía como órgano de gobierno de la Organización, y su eficiencia en el cumplimiento de su misión, permita una simplificación administrativa de su funcionamiento y economía en su costo" (véase pág. 427).

Respecto a la duración de la Conferencia, hay tres propuestas concretas, una de Venezuela, otra de Cuba y una tercera de Jamaica. Venezuela y Jamaica proponen que la duración de la reunión sea de 11 días y Cuba de 12. La propuesta venezolana que hace suya, por otra parte, Paraguay, demuestra un minucioso estudio de la cuestión y hace una distribución del trabajo día por día y, en algunos casos, por temas, basada en el desenvolvimiento de las reuniones anteriores.

## III. COMISIONES PRINCIPALES

Se han expresado distintas opiniones en cuanto a la constitución de dos comisiones principales en la Conferencia tal como se venía haciendo en el pasado, una encargada de los asuntos técnicos y otra de asuntos administrativos, financieros y jurídicos. Para algunos Gobiernos (Bolivia y Jamaica) todos los asuntos deberían tratarse en sesión plenaria, y, por lo tanto, no habría que constituir las dos comisiones las cuales, como es sabido, son potestativas de la Conferencia, de acuerdo al Artículo 28 de su Reglamento Interno. Los Gobiernos de Francia y de la República Dominicana, criterio que sigue el Paraguay, proponen que las dos comisiones principales no se reúnan simultáneamente, sino a horas distintas, lo que, según ellos, facilitaría la asistencia de los delegados a las sesiones y ahorraría un local y los servicios conexos. El Gobierno de los Estados Unidos de América considera recomendable cualquiera de las dos fórmulas señaladas anteriormente, o sea, la supresión de las dos comisiones y la consideración de todos los temas en sesión plenaria o la reunión de las comisiones a horas distintas. Un criterio análogo expone Cuba. Tanto los Estados Unidos de América como Cuba estiman preferible el primer sistema señalado, o sea, la supresión de las comisiones.

En las reuniones internacionales se observa una tendencia cada vez más pronunciada a deslindar dos campos de acción: el llamado nivel de expertos y el nivel ministerial.

Esta estructura se siguió en la Primera Reunión de Ministros de Salud, y este sistema sigue el Consejo Interamericano Económico y Social de la Organización de los Estados Americanos. En favor de él se ha expresado asimismo la IX Reunión de Ministros de Salud Pública de Centroamérica y Panamá (Nicaragua, 16-18 de julio de 1964).

## IV. ENMIENDAS AL REGLAMENTO INTERNO DE LA CONFERENCIA

El Gobierno de los Estados Unidos de América ha presentado modificaciones a los Artículos 8, 13, 15, 20, 22, 23, 43, 46 y 54 del Reglamento Interno de la Conferencia con el objeto de corregir imperfecciones y anomalías. El Gobierno de Jamaica, por su parte, se ha mostrado de acuerdo con las propuestas de los Estados Unidos de América. Por su parte, el Gobierno del Reino de los Países Bajos, en relación con enmiendas al Reglamento de la Conferencia "que fue modificado no hace mucho tiempo", recomienda "la aplicación, en forma flexible de lo que en el mismo se estipula".

## V. DOCUMENTACION DE LA CONFERENCIA

El Gobierno de los Estados Unidos de América estima que convendría que el programa provisional de temas de la Conferencia se remitiera a los Gobiernos con 60 días de antelación a la inauguración de la reunión. Por su parte, el Gobierno de Cuba sugiere que dicho programa y la documentación se manden con 60 días de antelación pero que los Gobiernos interesados los reciban no menos de 45 días antes de la fecha inicial de la Conferencia.

## VI. SEDE DE LA CONFERENCIA

Los Gobiernos de Bolivia y Honduras han propuesto que la Sede de la Organización en Washington sea la sede fija para la reunión de la Conferencia Sanitaria Panamericana porque, como dice este último, "además de ser dicha ciudad la Sede de la institución, ahora dispondrá de un edificio propio y con todas las facilidades necesarias para atender dichos eventos". Por su parte, el Gobierno de Francia, al que sigue el Paraguay, manifiesta que "si la Conferencia pudiera organizarse en la propia Sede de Washington, los gastos serían indudablemente menores. Esta indicación podría tenerse en cuenta para la próxima Conferencia que se celebrará en 1966, fecha en que los nuevos locales estarán indudablemente terminados". A estos efectos presenta una enmienda en los siguientes términos: "La Conferencia Sanitaria Panamericana se celebrará cada cuatro años en la Sede de la Organización en Washington, D. C., E.U.A.". Esta propuesta figura como anexo al Documento CD14/5 de 8 de julio de 1963, que fue distribuido oportunamente.

## VII. CONSTITUCION DE UN GRUPO DE TRABAJO

El Gobierno de El Salvador ha propuesto que "se forme un grupo de trabajo que, juntamente con personal de la Oficina, prepare un informe para que el Comité Ejecutivo tenga suficiente tiempo para presentarlo en 1965. Es posible que a este grupo de trabajo se le facilite

su misión, al saber cuándo la Oficina Sanitaria Panamericana se trasladará a su edificio propio, lo cual eliminará problemas que han ocurrido en ocasión de que la Conferencia se ha desarrollado en edificios no adecuados para el propósito". En favor de este criterio se ha expresado también el Gobierno del Perú.

## Apéndice 3

## COMUNICACIONES AL DIRECTOR DE LA OSP SOBRE LA ORGANIZACION DE LA CONFERENCIA

REPUBLICA ARGENTINA  
PODER EJECUTIVO NACIONAL  
MINISTERIO DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD PUBLICA

NOTA No. 627/63 Buenos Aires, 3 de setiembre de 1963

Tengo el agrado de dirigirme al señor Director con referencia a su comunicación relacionada con la estructura y organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana, tema examinado por el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud en su 47ª Reunión.

Al agradecer al señor Director la deferencia de su consulta, llevo a su conocimiento que este Ministerio considera de interés toda estructuración orgánica o funcional de la Conferencia que, manteniendo su jerarquía como órgano de gobierno de la Organización, y su eficiencia en el cumplimiento de su misión, permita una simplificación administrativa de su funcionamiento y economía en su costo.

La modificación de su organización y funcionamiento podrá resultar del estudio crítico de sus condiciones actuales. Para ello, se considera necesario el conocimiento detallado de características administrativas, y de costos parciales, en reuniones anteriores, y de la conveniencia de adopción de una nueva mecánica o sistema. En ese campo, nadie con más autoridad que esa Oficina Sanitaria Panamericana para proponer, con los elementos de juicio y el resultado del estudio crítico que pueda efectuar, la adopción de las medidas que considere convenientes para contemplar la solución de los aspectos en su oportunidad comentados y el alcance de la meta sugerida.

Saludo al señor Director con mi más distinguida consideración.

(firmado)

DR. VICTORIO VICENTE OLGUÍN, Director de Relaciones Internacionales Sanitarias y Sociales

REPUBLICA DE BOLIVIA  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Cite No. 4909

La Paz, 15 de junio de 1964

Doy contestación a su comunicación CT/Doc-CL-8-64 de 8 de junio del presente año, y quiero disculpar a mi Ministerio por no haber contestado oportunamente la comunicación sobre el mismo tenor de 9 de noviembre de 1963.

Las únicas sugerencias que mi Gobierno puede presentar en relación a la Resolución VIII de la 50ª Reunión del Comité Ejecutivo, son las siguientes:

1. Los países que como Bolivia, no pueden generalmente enviar más de uno o dos representantes ante las Conferencias de la Organización Panamericana de la Salud, se verían favorecidos si se suprimiera la organización de comisiones para que así todos los asuntos importantes de la Conferencia sean tratados en las sesiones plenarias, formando comisiones *ad hoc* únicamente para asuntos especiales, comisiones que luego presentarían sus informes en dichas sesiones. La formación de comisiones

es potestativa y el ahorro que significaría para la Organización, más el beneficio que podrían obtener los países que no pueden enviar más de dos delegados, podrían influir para que el temperamento propuesto sea considerado favorablemente.

2. Como las sugerencias para modificar el Reglamento de la Conferencia se han presentado con un gran deseo de los Países Miembros para evitar que la Organización efectúe grandes desembolsos en la realización de las Conferencias, sería conveniente aceptar como sede fija para su realización, la Sede de la Organización en Washington, donde existen los medios más apropiados para efectuarlas. En cambio, las reuniones del Comité Ejecutivo, con un número limitado de representantes, podrían efectuarse en forma rotativa en cada una de las capitales de los Países Miembros.

Sin otro particular, me es muy grato saludar al señor Director atentamente.

(firmado)

DR. GUILLERMO JÁUREGUI G., Ministro de Salud Pública

REPUBLICA DE COSTA RICA  
MINISTERIO DE SALUBRIDAD PUBLICA

No. 2119-62 San José, 22 de noviembre de 1962

Tengo el gusto de avisar recibo de su oficio No. CT-CL-16-62 de 9 de los corrientes, y sobre el particular, cúmpleme informar que hemos tomado debida nota de su contenido.

Con muestras de mi mayor consideración, me suscribo del señor Director, atento servidor,

(firmado)

DR. MAX TERÁN VALLS, Ministro

REPUBLICA DE COSTA RICA  
MINISTERIO DE SALUBRIDAD PUBLICA

No. 2973-64 San José, 8 de julio de 1964

Tengo el gusto de acusar recibo de su oficio CT/Doc-CL-8-64 de 8 de junio anterior, por medio del cual hace llegar a nuestro conocimiento la Resolución VIII referente

al estado del estudio de la estructura y organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

Sobre el particular, me es grato manifestarle que con la oportunidad debida este Despacho se permitirá hacer llegar a su poder los comentarios y sugerencias que estime convenientes, a fin de que sean incluidos en el informe que sobre este asunto usted habrá de rendir ante la próxima Reunión del Consejo Directivo, que se celebrará en México, D.F., del 31 de agosto al 11 de setiembre de 1964.

Con toda consideración y aprecio, me suscribo, atento servidor,

(firmado)

DR. MAX TERÁN VALLS, Ministro

REPUBLICA DE CUBA  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

*Relaciones Internacionales*  
Salida 3252

La Habana, 29 de julio de 1966  
"Año de la Economía"

De acuerdo con su comunicación CT/Doc-CL-8-64 de fecha 8 de junio del actual, donde me da a conocer la Resolución VIII, acordada por el Comité Ejecutivo durante su 50ª Reunión, celebrada en Washington, D.C., del 27 de abril al 1 de mayo, y en la cual solicita formular comentarios y observaciones que se estimen de interés con respecto a la organización de las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, encaminado fundamentalmente a simplificar los trabajos de la misma, tengo a bien hacer llegar a usted en nombre del Gobierno Revolucionario nuestros puntos de vista, tanto en lo referente al Reglamento Interno de la Conferencia como los que pudieran ser tomados en consideración en el funcionamiento de la misma.

*Aclaración al Reglamento Interno*

Art. 8. Sugerimos que si es posible, el programa provisional debe ser remitido con 60 días de antelación y los documentos disponibles sería conveniente sean recibidos con no menos de 45 días a la fecha de inicio de la Conferencia.

Art. 13. Entendemos que las sesiones plenarias, aparte de lo señalado en este Artículo, debe estar facultada para conocer de todos aquellos puntos que a la misma sean sometidos.

Art. 31. Este Artículo señala en su párrafo 1 que los informes de las comisiones serán sometidos a la "Comisión General para su coordinación", y en el siguiente párrafo dice que "después de ser examinados por la Comisión

General", y entendemos que debe significarse solamente que "una vez conocidos los mismos con los proyectos de resolución", etc., para que no existan discrepancias en el contenido real de este Artículo 1.

En lo relacionado con la organización de la Conferencia, nuestros puntos de vista deben resumirse en la siguiente forma:

1. La Conferencia tendrá una duración máxima de 12 días calendarios en la siguiente forma:

Se trabajaría todos los días de lunes a sábado inclusive, dejando libre el domingo y el segundo martes que se dedicaría a las Discusiones Técnicas. De esta forma, comenzando el lunes, tendremos en la primera semana seis días completos de trabajo y en la segunda semana, lunes, miércoles y jueves, ya que, repetimos, el martes se dejaría para las Discusiones Técnicas, facilitando este método que los miembros de delegaciones a estas Discusiones pudieran arribar más tardíamente a la Conferencia y además, que permitiría que el martes pudiera utilizarlo el Secretariado con vista a todo lo relacionado con las publicaciones y demás. Estimamos inclusive que en esta forma, si la Conferencia adelanta sus sesiones y labores, podría terminar antes del viernes de la segunda semana, permitiendo el regreso más rápido a sus países a los señores delegados.

2. La jornada de trabajo puede ser de siete horas diarias, considerando en horas de la mañana de 9:00 a 12:30 p.m., con media hora para el descanso y café, y de 3:00 a 6:30 en la tarde, con otra media hora para el receso, o sea, un total de seis horas de labor que, en los nueve días de labor señalados, daría un promedio de 54 horas para sesiones, también suficientes a nuestro entender para considerar los puntos de la agenda. No se incluye por supuesto el martes de la segunda semana, señalada para las Discusiones Técnicas. Además, nada impide la posibilidad de trabajo en cualquier noche que fuere de necesidad.

3. Será cuestión a considerar por la Conferencia que se mantenga el horario rígido de trabajo sin ninguna circunstancia especial que obligue a modificarlo, llamando a sesión con 10 minutos de antelación a la hora indicada a la misma y debe procurarse que al mediodía, o sea a las horas señaladas para el almuerzo, no se establezcan compromisos por los cuales los delegados no puedan estar presentes a la hora de comienzo por la tarde, y los actos sociales que sean programados deben serlo a partir de las 7:00 p.m.

4. Consideramos también de interés que, sometido el Informe Cuadrienal del Director a conocimiento de la Conferencia, el informe de los señores delegados debe solicitarse sea lo más breve y conciso posible, ya que un informe amplio sobre las actividades de cada país puede ser entregado escrito por las respectivas delegaciones a comienzos de la Conferencia. Creemos conveniente también que este Informe Cuadrienal del Director pueda ser sometido a un grupo de trabajo donde pueda ser

estudiado adecuadamente. Somos partidarios de que se abandone el procedimiento clásico de las dos comisiones, dado que los asuntos relativos a la Conferencia en su inmensa mayoría pueden ser tratados en las sesiones plenarias, facilitándose el estudio de los problemas que lo requieran por comisiones o grupos de trabajo específicos, y ello facilita no sólo el avance de las labores sino que establece seguramente un gran ahorro, ya que será menor el número de traductores necesarios, menos gastos posibles en equipo, personal, local, etc. Finalmente, en caso que se desee mantener el funcionamiento de dos comisiones, se consideren sus horarios de labor, al objeto de que no coincidan sus trabajos, y así el sitio de reunión pueda ser utilizado por ambas.

Consideramos son estos los puntos de interés que nuestro Gobierno Revolucionario desea someter por su intermedio a la consideración de los señores delegados a la XV Reunión del Consejo Directivo y XVI Reunión del Comité Regional de la OMS que se ha de efectuar en México del 31 de agosto al 11 de septiembre del presente año.

Con el testimonio de mi mayor consideración y respeto,

(firmado)

DR. JOSÉ R. MACHADO VENTURA,  
Ministro de Salud Pública

REPUBLICA DEL ECUADOR  
MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y TRABAJO

Sección: Sanidad e Higiene  
No. 4982-S

Quito, 20 de noviembre de 1962

Cúmpleme avisar recibo de su atenta nota CT-CL-16-62, de 9 de los corrientes, en la que al informar a este Despacho que en la 47ª Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrada en Minneapolis, Minnesota, el pasado 3 de setiembre, se ha señalado la conveniencia de llevar a cabo un estudio de las correspondientes disposiciones reglamentarias con el objeto de simplificar la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana y de aclarar su Reglamento Interno, usted se ha dignado solicitar que este Ministerio formule los comentarios y observaciones que considere pertinentes al respecto.

Sobre el particular, me es grato manifestarle que este Portafolio, con la oportunidad debida, se permitirá hacer llegar a su poder los comentarios y sugerencias que estime convenientes, a fin de que sean incluidos en el

informe que, sobre este asunto, usted habrá de rendir ante la próxima reunión del Consejo Directivo que se celebrará en el otoño de 1963.

Aprovecho la oportunidad para reiterar a usted el testimonio de mi consideración distinguida.

De usted, muy atentamente,  
Por el Ministro de Sanidad e Higiene,

(firmado)  
LCDO. ARMANDO ENDARA C.,  
Subsecretario

REPUBLICA DEL ECUADOR  
MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y TRABAJO

Sección: Sanidad e Higiene  
No. 673-S Quito, 8 de noviembre de 1963

Me es grato avisar recibo de su atenta nota CT-CL-28-63, de 1° de los corrientes, en la que se ha servido solicitar a este Despacho que, de acuerdo con la Resolución XXVI adoptada por la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, formule los comentarios y sugerencias que estime oportunos en relación al estudio sobre la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

Al respecto, me cumple manifestarle que este Ministerio se encuentra estudiando detenidamente los documentos enviados por usted con la comunicación que contesto, y oportunamente le haré conocer las sugerencias que emita sobre el particular.

Aprovecho la oportunidad para reiterar a usted el testimonio de mi consideración distinguida.

De usted, muy atentamente,  
Por el Ministro de Previsión Social,

(firmado)  
RAMÓN YULEE T., Subsecretario

REPUBLICA DE EL SALVADOR  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Referencia: 301-S San Salvador, 28 de febrero de 1963

Atentamente acuso recibo de su oficio No. CT-30-63 de fecha 23 de enero del corriente año y en relación con

sus conceptos me permito manifestarle que he leído el Informe Final de la 47ª Reunión del Comité Ejecutivo en que se encuentra que las opiniones de los miembros son afines para iniciar un estudio de la organización de la Conferencia, para simplificar, aclarar el Reglamento Interno, subsanar las anomalías y mejorar algunas disposiciones del Reglamento.

Son muy interesantes y dignas de tomarse en cuenta las observaciones hechas por el Sr. Calderwood, Representante de los Estados Unidos de América; y el suscrito cree que deben ser sometidas a consideración de la próxima Reunión del Consejo, en 1963, de donde tal vez sería conveniente formar una comisión para que presentase las enmiendas para ser aprobadas en 1964 o en 1965.

Aprovecho esta oportunidad para reiterarle el testimonio de mi aprecio y suscribirme su afectísimo servidor,

(firmado)  
ERNESTO R. LIMA, Ministro de Salud Pública y  
Asistencia Social

REPUBLICA DE EL SALVADOR  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

No. 04412 San Salvador, 18 de junio de 1964

Refiérome a su nota CT-CL-28-63 de 1° de noviembre de 1963, en que solicita sugerencias sobre la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana, he leído con atención las opiniones de 10 países entre las cuales se hacen sugerencias al parecer muy importantes. Sin embargo, creo conveniente que la Dirección de la Oficina, con suficiente experiencia en la administración y ejecución de este evento, debe de exponer sus puntos de vista para orientar a los representantes de los países, pues estos únicamente reciben el producto, pero no conocen al detalle cómo se elabora el producto.

Es de lamentar que sólo conozcamos la opinión de pocos países, por lo que sugerimos que para la reunión del Consejo de 1964 (aunque el informe se desea para 1965) se forme un grupo de trabajo que, juntamente con personal de la Oficina, prepare un informe para que el Comité Ejecutivo tenga suficiente tiempo para presentarlo en 1965. Es posible que a este grupo de trabajo se le facilite su misión, al saber cuándo la Oficina Sanitaria Panamericana se trasladará a su edificio propio, lo cual eliminará problemas que han ocurrido en ocasión de que la Conferencia se ha desarrollado en edificios no adecuados para el propósito.

Aprovecho la oportunidad para saludarle muy atentamente.

(firmado)

ERNESTO R. LIMA, Ministro de Salud Pública y  
Asistencia Social

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA  
SECRETARIA DE ESTADO

Washington, D.C., 1 de febrero de 1963

En respuesta a su carta de fecha 9 de noviembre de 1962, dirigida al Secretario de Estado y relativa a un estudio de las disposiciones pertinentes de la Conferencia Sanitaria Panamericana, encaminado a simplificar la organización de la misma y a aclarar el Reglamento Interno, tengo el honor de presentar a usted, en nombre del Gobierno de los Estados Unidos de América, las observaciones siguientes:

Con respecto a la aclaración del Reglamento Interno, me permito señalar a la atención de usted algunas imperfecciones y anomalías existentes en los artículos que se citan, las cuales, a nuestro juicio, debieran subsanarse:

*Art. 8.* La expresión condicional, "siempre que sea posible", se refiere tanto al programa provisional como a la documentación. El programa provisional debiera remitirse a los Gobiernos por lo menos 30 días antes de la Conferencia; una antelación de 60 días sería aún mejor.

*Art. 13.* Este artículo, o el Art. 28, debieran enmendarse puesto que en el primero se limitan las atribuciones de las sesiones plenarias a asuntos de interés general y a la discusión y aprobación de los informes de las comisiones. Según el Art. 28, el establecimiento de comisiones es potestativo.

*Art. 15.* Como todas las delegaciones participantes en la Conferencia tienen derecho a voto, aun cuando sea limitado en el caso de ciertas delegaciones, la expresión "con derecho a voto" en este artículo referente al establecimiento de quórum, es superflua.

*Art. 20.* Autorizar al Presidente, o a un Vicepresidente en funciones de Presidente, a que nombre a otro miembro de su delegación para que actúe como delegado de su Gobierno en las sesiones plenarias supone: 1) que sólo los jefes de delegación pueden ser elegidos Presidente, y 2) que sólo los jefes de delegación pueden hacer uso de la palabra en las sesiones plenarias. Esto es contrario a las prácticas establecidas y constituye una limitación innecesaria en la representación de los Gobiernos.

*Art. 22.* Este artículo no tiene en cuenta las reuniones de la Conferencia celebradas en la Sede de la Oficina, a las que se refiere el Art. 2. El artículo equivalente a este en el Reglamento en vigor antes de su revisión en la XVI Conferencia, era aplicable a la reunión de la Conferencia celebrada el año último.

*Art. 23* (véase Art. 13).

*Art. 43.* Si los votos están divididos por igual, la moción debe considerarse, en rigor, como "no adoptada" y no como "rechazada". El requisito de una mayoría para llegar a una decisión se ha de aplicar tanto para rechazar como para adoptar una moción.

*Art. 54.* La expresión "teniendo en cuenta" resultaría más exacta que los términos "de conformidad con". En el Art. 52 de la Constitución de la OMS se establece que el nombramiento de Director Regional lo hará el Consejo Ejecutivo de la OMS de acuerdo con el Comité Regional, no a propuesta del Comité Regional.

*Art. 46.* En 1961, cuando se estaba estudiando la revisión del texto del Reglamento Interno del Consejo Directivo, los Estados Unidos de América sugirieron que se incluyera en este artículo la prohibición de celebrar votaciones secretas sobre asuntos relativos al presupuesto. No se insistió en esta enmienda cuando se señaló que el uso de votaciones secretas a ese respecto sería contrario a la práctica establecida. Como en el texto revisado se han introducido artículos con el fin de que el Reglamento esté de acuerdo con las prácticas establecidas (el Art. 36, por ejemplo), el Art. 46 podría enmendarse en el mismo sentido.

En cuanto a simplificar la organización de la Conferencia, y al mismo tiempo, reducir su costo, sometemos a su consideración la sugerencia de que la práctica de establecer dos comisiones principales se abandonen o, si esto no pareciera conveniente, que las dos comisiones se reúnan en distintas horas. A este respecto, debe observarse que el establecimiento de comisiones es potestativo, según el Art. 28 del Reglamento Interno.

Al parecer, sería posible tratar todos los asuntos de la Conferencia en las sesiones plenarias y, si se considerara conveniente a fin de acelerar la labor de la misma, se podrían establecer comisiones o grupos de trabajo *ad hoc*, para cuestiones especiales. Además de la reducción del costo de la Conferencia que de este modo se lograría, el sistema sugerido tendría la ventaja de hacer posible que los Gobiernos que designen un solo delegado estén representados en todas las sesiones.

En la XVI Conferencia, la mayoría de los temas se trataron en la Comisión de Asuntos Técnicos o en las sesiones conjuntas de las dos comisiones principales. La Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos terminó su labor en unas cuantas horas. Todas las sesiones, excepto las de la Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos, que se celebraron al mismo tiempo que las de la Comisión de Asuntos Técnicos, podían haberse celebrado en una sola sala.

Como se había dispuesto lo necesario para que las dos comisiones principales pudieran reunirse simultáneamente, el resultado fue que una sala y el equipo IBM instalado en la misma no se utilizaron durante la mayor parte de la Conferencia. Asimismo, exceptuado el tiempo en que estuvo reunida la Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos, no se utilizaron los servicios de algunos de los intérpretes que habían sido contratados.

Como alternativa, en el caso de que se considere conveniente continuar la práctica de establecer dos comisiones principales, se recomienda que las sesiones de las mismas se convoquen en momentos distintos, al objeto de que ambas comisiones puedan reunirse en la misma sala.

Aprovecho la ocasión para reiterarle el testimonio de mi consideración más distinguida.

(firmado)

NATHANIEL M. McKITTERICK, Director, Oficina de Asuntos Internacionales, Económicos y Sociales

REPÚBLICA FRANCESA  
MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES

*Naciones Unidas y Organismos  
Internacionales*  
No. 001

París, 7 de enero de 1963

Por su carta CT-CL-16-22, del 9 de noviembre de 1962, tuvo usted la amabilidad de informarme de que el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud había recomendado, en su 47ª Reunión, el estudio de disposiciones reglamentarias destinadas a simplificar la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana y a dar claridad a su Reglamento Interno.

Tengo el honor de poner en su conocimiento las observaciones siguientes:

Los gastos originados por la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana que, de acuerdo con sus estatutos, se celebra cada cuatro años en uno de los Países Miembros que tienen su capital en el Hemisferio americano, son, en efecto, bastante gravosos para el presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, tanto más cuanto que algunos Países Miembros no llegan a hacer frente a sus obligaciones financieras con respecto a la misma.

Si la Conferencia pudiera organizarse en la propia Sede de Washington, los gastos serían indudablemente menores. Esta indicación podría tenerse en cuenta para la próxima Conferencia que se celebrará en 1966, fecha en que los nuevos locales estarán indudablemente terminados.

Por el contrario, las reuniones del Consejo Directivo que son de duración más corta y menos onerosas podrían celebrarse, alternativamente, y a petición de cuando menos la mitad de las delegaciones, en países distintos a los Estados Unidos de América.

Por consiguiente, el Reglamento podría modificarse en esta forma:

La Conferencia Sanitaria Panamericana se celebrará cada cuatro años en la Sede de la Organización en Washington, D.C., E.U.A.

El Consejo Directivo se celebrará asimismo en la Sede de la Organización, pero, a petición por lo menos de la mitad de las delegaciones, podrá celebrarse, alternativamente, en un País Miembro de la Organización que formule la oportuna invitación al respecto.

Por otra parte, el funcionamiento simultáneo de las dos comisiones principales en ocasión de la Conferencia, requiere la convocatoria de doble número de intérpretes durante todo el transcurso de la Conferencia, lo cual es muy costoso. En Minneapolis, las dos comisiones no se reunieron simultáneamente más que una sola vez, puesto que el número y las especialidades de los delegados no permitieron tal desdoblamiento.

Es evidente, pues, que un arreglo del horario de la Conferencia permitiría, sin prolongar la duración de la misma, reunir las comisiones a horas distintas y realizar así economías de intérpretes, personal diverso y locales.

Aprovecho la ocasión para reiterarle el testimonio de mi consideración más distinguida.

(firmado)

Por el Ministro y con su autorización  
El Ministro Plenipotenciario,  
Director de Asuntos de las Naciones Unidas  
y Organismos Internacionales

REPÚBLICA DE GUATEMALA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

No. 096114

Guatemala, 7 de noviembre de 1963

Me permito acusar recibo de su atenta nota CT-CL-28-63 fechada el 1º de los corrientes, con la que se sirvió enviar copia de la Resolución XXVI adoptada en las reuniones del Consejo Directivo y Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, y pide se formulen los comentarios y sugerencias que se estimen oportunos, en relación al estudio sobre la organización de futuras conferencias.

Al manifestarle que oportunamente me permitirá

enviar los comentarios que se sirva solicitar, me es grato suscribirme con toda consideración, como su atento y deferente servidor,

(firmado)

DR. ALFONSO PONCE ARCHILA, Ministro de Salud  
Pública y Asistencia Social

REPUBLICA DE HONDURAS  
SECRETARIA DE ESTADO EN LOS DESPACHOS DE  
SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Of. No. 5008 Tegucigalpa, D. C., 20 de noviembre de 1962

Tengo el honor de acusar recibo a Ud. de la correspondencia CT-CL-16-62.

Respetuosamente infórmele que oportunamente serán remitidas las "observaciones y sugerencias" que se estiman convenientes para tratar de facilitar el trabajo de las próximas Conferencias de esa Institución a su digno cargo.

De Ud. con toda consideración y aprecio me es grato suscribirme como su atento y seguro servidor,

(firmado)

DR. R. MARTÍNEZ V.

REPUBLICA DE HONDURAS  
SECRETARIA DE ESTADO  
EN LOS DESPACHOS DE SALUD PUBLICA  
Y ASISTENCIA SOCIAL

Oficio No. 248

Tegucigalpa, D.C., 11 de diciembre de 1963

En atención a nuestra promesa formulada en Oficio No. 5008 de 20 de noviembre de 1962, muy respetuosamente nos permitimos hacer las siguientes sugerencias:

1. Opinamos de que las reuniones debieran celebrarse en la ciudad de Washington D.C., pues, además de ser dicha ciudad la Sede de la institución, ahora dispondrá de un edificio propio y con todas las facilidades necesarias para atender dichos eventos.

2. Sugerimos que la elección del Director de la Oficina (Artículo 53 del Reglamento Interno de la Conferencia)

se haga de una manera más simple, mediante votación en que se obtenga el triunfo por mayoría absoluta, es decir, por la mitad más uno de los votos.

3. Consideramos que las actuales informaciones relativas a las reuniones son muy extensas y detalladas; por lo tanto, sugerimos que las futuras sean más breves y resumidas, sin mencionar todos los detalles o incidentes, sino sólo los pronunciamientos básicos o esenciales. Un resumen muy condensado podría acompañarse cuando se remitan amplias informaciones.

Confiamos que las tres consideraciones anteriores sean dignas de tomarse en cuenta pues, a nuestro juicio, ellas propenden a mejorar las labores encomendadas a esa institución, hoy, a su muy digno cargo.

Aprovecho la ocasión para reiterarle el testimonio de mi consideración más distinguida,

(firmado)

TENIENTE CORONEL Y DOCTOR  
ABRAHAM RIERA H., Ministro de Salud Pública  
y Asistencia Social

SERVICIO EXTERIOR DE JAMAICA  
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 69/012

Kingston, 12 de junio de 1964

Con referencia a la comunicación dirigida por usted al Primer Ministro (No. CT-CL-28-63) el 1° de noviembre de 1963, sobre el estudio de la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana, me es grato comunicarle que he recibido instrucciones para formular las siguientes observaciones y sugerencias:

a) El Gobierno considera que es necesario subsanar algunas anomalías del Reglamento Interno e introducir en este ciertas enmiendas, en la forma sugerida por el Director de la Oficina de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales del Gobierno de los Estados Unidos de América.

b) Se sugiere también que se trate por todos los medios de reducir la duración y el costo de la Conferencia, mediante la supresión de las dos comisiones principales y el examen de todos los temas en sesión plenaria.

Si se adoptara la sugerencia formulada en el precedente apartado (b) podrían constituirse pequeños grupos de trabajo que facilitarían información detallada a la Conferencia, en sesión plenaria, y constituirían un medio para estudiar cualquier propuesta.

Además, si se limitara la duración de la Conferencia a



un período máximo de 11 días, por ejemplo, las delegaciones comprenderían desde el principio que debe poner término a su labor en ese plazo.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle el testimonio de mi consideración más distinguida.

(firmado)

J. M. LLOYD, Secretario Permanente, Interino

MEXICO  
PODER EJECUTIVO FEDERAL  
SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

*Subsecretaría de Salubridad  
Oficina de Asuntos Internacionales*

Oficio 021-240 México, D.F., a 15 de enero de 1963

Acuso a usted recibo y le agradezco las dos copias del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana (Documento CSP16/2).

Después de haberlo leído, manifiesto a usted estar de acuerdo con el texto propuesto, el que figura en la primera columna del documento enviado.

Tomo la oportunidad para renovar a usted las seguridades de mi atenta y distinguida consideración.

SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION  
EL SUBSECRETARIO

(firmado)

DR. MIGUEL E. BUSTAMANTE

REPUBLICA DE PANAMA  
MINISTERIO DE TRABAJO, PREVISION SOCIAL  
Y SALUD PUBLICA

No. 519-M Panamá, 16 de junio de 1964

En relación con su nota distinguida con el número CT/Doc-CL-8-64 del 8 de junio del presente año, tengo el honor de informarle que después de mi experiencia en la reunión de Minneapolis, no tengo ningún comentario

que hacer sobre la estructura y organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana y desde el punto de vista de mi país puede quedar tal como está.

Del señor Director con toda consideración,

(firmado)

DR. BERNARDINO GONZÁLEZ RUIZ, Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública

REPUBLICA DEL PARAGUAY  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL

O.A.I. No. 15 Asunción, 20 de agosto de 1964

Hemos recibido su atenta nota CT/Doc-CL-8-64, por la que tuvo la amabilidad de informarme que el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, durante su 50ª Reunión celebrada en Washington del 27 de abril al 1 de mayo del corriente año, adoptó la Resolución VIII, referente al estado del estudio de la estructura y organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana, como lo acordado por la 47ª Reunión del Comité Ejecutivo y de la Resolución adoptada por la XIV Reunión del Consejo Directivo (IX-62/IX-63).

De la lectura del Documento CE50/14 las observaciones formuladas por el Gobierno Francés y Venezolano coinciden con nuestro pensamiento, las que juntas proponemos como moción de esta Secretaría de Estado.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle las expresiones de mi más alta, distinguida consideración.

(firmado)

PROF. DR. DIONISIO GONZÁLEZ TORRES, MINISTRO

REPUBLICA DEL PERU  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
Y ASISTENCIA SOCIAL

Of. No. 74/62.-O.I.I. Lima, 19 de noviembre de 1962

Me es grato dar aviso de recibo de su atenta comunicación CT-CL-16-62 de fecha 9 de los corrientes, de cuyo

contenido se ha leído con verdadero interés y se ha tomado debida nota.

.....  
.....

Válgome de la ocasión para reiterarle los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente,

(firmado)

DR. EDUARDO GOICOCHEA, Médico-Jefe,  
Oficina de Intercambios Internacionales

Nos parece que sería muy extenso hacer un análisis exhaustivo de cada uno de los artículos de la Constitución y los Reglamentos, y que la sugerencia hecha por el Gobierno de El Salvador de establecer una comisión que estudie este asunto y presente un proyecto, es buena, y posiblemente el único procedimiento viable para llegar a una solución definitiva que permita actualizar el funcionalismo de los Cuerpos Directivos de la Organización.

Esta Comisión, que sería designada por el Consejo Directivo en su próxima Reunión, presentaría un anteproyecto de enmiendas de la Constitución y Reglamentos Internos de los Cuerpos Directivos, que sería discutido por el Comité Ejecutivo en su 52ª Reunión, y luego sometido a la consideración del Consejo, antes de la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana.

Atentamente,

(firmado)

JAVIER ARIAS STELLA, Ministro de Salud Pública y  
Asistencia Social

REPUBLICA DEL PERU  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
Y ASISTENCIA SOCIAL

Oj. No. 615-64-D95

Lima, 19 de junio de 1964

Me es grato dar respuesta a su atenta nota CT/Doc-CL-8/64, referente al estudio de la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

Sobre el particular, debo manifestar a Ud. que consideramos necesario introducir modificaciones en la Constitución y Reglamento, tanto de la Conferencia Sanitaria Panamericana como del Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo, con el propósito de hacer más armónicas y operantes sus funciones que permitan acortar la duración de cada Reunión, que es el objetivo que se propone específicamente en este caso.

Creemos que el Comité Ejecutivo debería ser, en realidad, un órgano de estudio y análisis, en el cual deleguen los Gobiernos capacidad realmente ejecutiva, de tal manera que los temas que discuta, en particular aquellos que son rutinarios, tales como el Fondo Rotatorio de Emergencia, Discusiones Técnicas, enmiendas al Reglamento del Personal, etc., no vuelvan a ser revisados por el Consejo o por la Conferencia, sino que el Informe del Presidente del Comité Ejecutivo sea el punto central de discusión.

En nuestra opinión, el Comité Ejecutivo no cumple el rol que debería cumplir de simplificar todo el mecanismo de funcionamiento de los Cuerpos Directivos de la Organización.

En relación con la sugerencia hecha por algunos Gobiernos en el sentido de que la Conferencia trabaje con solamente una comisión, estamos completamente de acuerdo, pues, en realidad, no se justifica el gasto de dos comisiones, siempre y cuando el temario sea reducido sobre la base de lo que anteriormente hemos expuesto.

REINO DE LOS PAISES BAJOS  
MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES Y SALUD PUBLICA  
DIRECCION DE SALUD PUBLICA

Ref. DGV/ISVA/IVG 7223

La Haya, 22 de abril de 1963

En respuesta a su carta de fecha 9 de noviembre de 1962, tengo el gusto de manifestarle que nuestro Gobierno no encuentra motivos para formular propuestas relativas a un estudio de la reglamentación de la Conferencia Sanitaria Panamericana, encaminado a simplificar su organización.

A nuestro juicio, los puntos suscitados durante la 47ª Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS no requieren necesariamente la enmienda del Reglamento de la Conferencia, que fue modificado no hace mucho tiempo. Más bien nos permitimos recomendar la aplicación, en forma flexible, de lo que en el mismo se estipula.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para reiterarle el testimonio de mi consideración más distinguida,

(firmado)

PROF. P. MUNTENDAM, Director General de Salud Pública

REINO UNIDO  
DEPARTAMENTO DE COOPERACION TECNICA

SS 223/245/06

Londres, 14 de agosto de 1964

Acuso recibo de su atenta comunicación de fecha 8 de junio de 1964, así como del Documento CD15/26 relativo al tema 36 del programa provisional para la XV Reunión del Consejo Directivo. Hemos consultado a los Gobiernos de los territorios dependientes de las Indias Occidentales Británicas acerca de la estructura y organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

Me permito informarle que ninguno de los Gobiernos interesados ha expresado opinión alguna al respecto o sobre las observaciones ya formuladas (Documento CE50/14) por otros miembros.

Aprovecho la oportunidad para reiterar a usted el testimonio de mi consideración más distinguida.

(firmado)  
A. H. TANSLEY

REPUBLICA DOMINICANA  
MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL

No. 02508 Santo Domingo, D.N., 8 de noviembre de 1963

Tengo el agrado de avisarle recibo de su comunicación de fecha 1º de noviembre en curso, marcada con la referencia CT-CL-28-63, y anexo, y sobre el particular, me complace informarle que hemos tomado debida nota de su contenido.

Con la expresión de mi mayor consideración me suscribo del señor Director, atento servidor,

(firmado)  
DR. TOMÁS ALCIBIADES ESPINOSA, Secretario de Estado de  
Salud y Previsión Social

REPUBLICA DOMINICANA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL

No. 04668 Santo Domingo, D.N., 5 de diciembre de 1963

En adición a los términos de nuestra comunicación de fecha 8 de noviembre del año en curso, marcada con el

Núm. 02508, en relación con el asunto de su carta CT-CL-28-63, del 1º del citado mes, tengo el honor de apuntar las observaciones siguientes:

a) Las erogaciones causadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana que, conforme con sus estatutos, debe celebrarse cada cuatro años en una de las capitales de los Países Miembros americanos, resultan muy onerosas para el presupuesto de la OPS, sin olvidar que algunos Estados Miembros no cumplen con las obligaciones económicas contraídas con la misma.

b) Por otra parte, las reuniones del Consejo Directivo, que por su naturaleza son de menor duración y menos gravosas, deberían de tener efecto, en orden sucesivo, en uno de los Países Miembros, condicionando la elección del país que serviría de sede a la previa invitación que para tales fines formule el País Miembro en cuestión, invitación que sería aceptada por mayoría absoluta del voto de las delegaciones.

c) Asimismo, coordinando racionalmente el horario de la Conferencia en el sentido de que sus dos comisiones principales no funcionaran simultáneamente, se evitaría la necesidad de usar doble número de intérpretes en el transcurso de la misma, con la consiguiente economía de gastos por tal concepto, además de la que supondría el hacer posible prescindir del empleo de otros tipos de personal y de locales diferentes, si las dichas comisiones se reunieran a horas distintas.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle el testimonio de mi más distinguida consideración y estima,

(firmado)  
DR. TOMÁS ALCIBIADES ESPINOSA, Secretario de Estado  
de Salud y Previsión Social

TRINIDAD Y TABAGO  
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

POL 3/2/6  
St. Ann's, Trinidad, W.I., 26 de noviembre de 1963

Le agradezco su comunicación CT-CL-28-63, del 1º de noviembre de 1963, a la que acompañaba una copia de la Resolución XXVI, aprobada en la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, junto con otros documentos.

Me es grato informarle que este Gobierno examinará detenidamente los documentos sobre el estudio de la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana y

que le comunicará cualquiera observación o sugerencia que estime conveniente formular.

Aprovecho la oportunidad para reiterar a usted el testimonio de mi consideración más distinguida.

(firmado)  
Por el Secretario Permanente  
Ministerio de Relaciones Exteriores  
A. McNAMARA

REPUBLICA DE VENEZUELA  
MINISTRO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL

SI-626

Caracas, 20 de diciembre de 1962

Dando respuesta a su carta CT-CL-16-62 del 9 de noviembre anterior, me es muy grato enviarle adjuntas las sugerencias formuladas por este Ministerio para la simplificación de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

Espero que estas sugerencias y las que presenten otros miembros de la Organización, contribuyan al propósito de lograr un mayor rendimiento en las funciones de la Conferencia al mismo tiempo que una economía en sus costos.

Quedo de Ud. muy atentamente,

(firmado)  
ARNOLDO GABALDON, Ministro de Sanidad y Asistencia  
Social

*Sugerencias del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela para la simplificación de la Conferencia Sanitaria Panamericana*

1. La Conferencia podría tener una duración máxima de once días calendarios, de los cuales nueve serían realmente de trabajo. Comenzando el martes de una semana, puede terminar el viernes de la semana siguiente. Se trabajaría todos los días de trabajo a jornada completa, incluso el sábado, dejando libres el domingo y el segundo jueves, este último para los trabajos de Secretaría previos a la sesión de clausura.

La apertura el día martes permite solucionar cualquier inconveniente de viaje de los delegados, pues estos tienen previamente tres días posibles para viajar, de sábado a lunes, y pueden estar así la mayoría presentes en la sesión de apertura. La clausura en día viernes facilita

asimismo los viajes de regreso, tanto para los delegados como para el personal de la Oficina que tenga que desplazarse, y constituye así también un ahorro de tiempo.

2. La jornada de trabajo debe ser de siete horas, de las cuales seis serían realmente de actividad en reuniones, ya que una hora se gastaría en los descansos para el café en la mañana y en la tarde. Si se descuentan estos descansos, la mañana del primer martes para una sesión preparatoria y la sesión inaugural, un día completo para las Discusiones Técnicas (que podría ser el martes de la segunda semana) y todo el día viernes último por dedicarse este solamente a la sesión de clausura, se tendrá una disponibilidad real de 39 horas para sesiones.

Revisando las actas de la Conferencia de Minneapolis podrá verse que, descontadas las sesiones inaugurales y de clausura, pero sin descontar los descansos del café, se consumieron realmente 39 horas y media en reuniones. Con el arreglo propuesto se tendrá este mismo número de horas, aumentado en el que produce la suma de los descansos.

3. Si se desea realmente acortar la duración de la Conferencia, lo más importante es fijar de antemano las fechas de comienzo y terminación y no alterar estas. Con el programa diario y horario propuesto aquí, se podrá hacer en once días calendarios lo mismo que en Minneapolis se hizo en catorce días. Para lograr esto, se recomienda tener en cuenta las siguientes sugerencias:

a) Planear la Conferencia para un período de once días en el cual, excepto el domingo, no haya otro día feriado.

b) Establecer el siguiente horario para las sesiones: Mañana: 9:00 a 12:30, con un receso de 30 minutos a las 10:30. Tarde: 2:30 a 6:00, con un receso de 30 minutos a las 3:30 o a las 4:00.

Este arreglo produce seis horas efectivas de trabajo en sesiones y siete horas en total al día, incluyendo los dos descansos de media hora cada uno. Volviendo a la Conferencia de Minneapolis, se encontrará que en esta se realizaron 19 sesiones distintas (plenarias de la Conferencia, de comisiones separadamente y conjuntas de las comisiones) en un período de casi 40 horas, lo cual da un promedio de algo más de dos horas por sesión. Si se acoge este horario, se tendrá la misma disponibilidad de tiempo en un número menor de días, y es esto último lo que se pretende lograr.

c) Evitar agasajos y visitas entre las 12:30 y las 2:30 p.m. en los días en que haya sesión en la tarde a las 2:30. Estos agasajos y cualquier acto social de esta naturaleza deben programarse para las noches, pero nunca antes de las 7:00 p.m. Las visitas a instituciones, jiras turísticas y otros actos de esta naturaleza, que requieren más tiempo, sólo podrán hacerse los dos días libres de la Conferencia, o sea el domingo y el segundo jueves.

d) Llamar a los delegados a la reunión de las sesiones

por tintero, cinco minutos antes de la hora de comienzo; comenzar a la hora exacta fijada y suspender también a la hora exacta, aun cuando esto último puede condicionarse a la existencia o no de compromisos inmediatos al término de la sesión.

e) Celebrar sesiones nocturnas—de no más de dos horas—cuando sea notorio que el tiempo diurno disponible no alcanzará para lograr que todo el trabajo haya terminado prácticamente en la tarde del segundo miércoles de la Conferencia.

4. De los temas y documentos presentados a la Conferencia debe hacerse una división entre los que sean de simple información e ilustración para los delegados, que no serán motivo de debate, y aquellos que sí se referirán a materias específicas que la Conferencia debe examinar y sobre las cuales debe tomar una decisión.

Por ejemplo, las resoluciones que la Conferencia adopta sobre el Informe del Comité Ejecutivo, la recaudación de las cuotas, el Fondo Rotatorio de Emergencia, las Discusiones Técnicas, las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud de interés para el Comité Regional, no son otra cosa que decisiones puramente protocolares. Estas materias, unas por su poca importancia (Fondo Rotatorio de Emergencia), otras porque ya son conocidas de los delegados (Discusiones Técnicas) y otras porque la decisión de la Conferencia sobre ellas es obvia (resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud), no deberían ser objeto de debate en la Conferencia, bastando con presentarlas para información.

5. La consideración del Informe Cuadrienal del Director no debe ser ocasión para torneos de oratoria, ni servir de base para que cada representante exponga lo hecho en su respectivo país. Esto último pudiera constar en un resumen que se haría circular como documento informativo entre los delegados durante la Conferencia. El examen de este Informe y el del resumen de los informes cuadriennales sobre las condiciones sanitarias de los países, generalmente dan lugar a intervenciones muy semejantes por parte de los delegados. Parece, pues, ventajoso que se limitaran estas dos intervenciones a una sola exposición general de cada delegado alrededor de los dos temas, con lo cual habría un ahorro considerable de tiempo.

6. El examen del programa y presupuesto de la Organización es tal vez la tarea más importante de la Conferencia. En la práctica anterior, este examen correspondió a las comisiones I y II en sesión conjunta y luego a la Conferencia en plenaria. La experiencia lograda durante el Consejo Directivo reunido en Guatemala en 1956 y el siguiente en Washington en 1957, demostró que la utilización de un grupo de trabajo para el análisis a fondo del presupuesto es una práctica aconsejable. Aunque el grupo esté constituido por pocos

delegados (mínimo cinco, máximo siete), cualquier delegado no miembro del mismo puede, desde luego, presentar ante él, por escrito o verbalmente, las observaciones de su país. El informe de este grupo de trabajo puede ser llevado directamente a la Conferencia, en donde se oírán solamente las observaciones alrededor de los temas específicos que el grupo haya señalado.

Es de recordar que el presupuesto es conocido previamente por los países como anteproyecto desde el año anterior, que es analizado en detalle por el Comité Ejecutivo en su reunión anterior a la Conferencia y que los países han tenido así tiempo suficiente para estudiarlo y formular críticas y sugerencias. Estas críticas y sugerencias deben ser llevadas al seno del grupo de trabajo, el cual las estudiará en conjunto con el programa y presupuesto y las podrá incluir en su informe. El grupo de trabajo puede constituirse también como una subcomisión de la comisión II, pero en este caso su informe no irá directamente a la Conferencia sino a esta comisión.

7. El Informe Cuadrienal del Director puede aceptar un tratamiento semejante, o sea que un grupo de trabajo (o subcomisión de la comisión I) lo estudie en detalle, reciba las observaciones de los delegados y elabore un informe a la comisión.

8. Como propuesta final se sugiere el siguiente programa de sesiones.

Martes, mañana: Reunión preparatoria en la cual los jefes de delegación, reunidos a modo de comisión de candidaturas, convienen en la postulación para las posiciones de gobierno de la Conferencia: presidente, vicepresidente, presidentes de las comisiones, Comisión de Credenciales, Comisión General, autoridades de las Discusiones Técnicas, etc. En esta reunión podría incluso aprobarse ya el programa de sesiones. Al término de esta reunión se llevará a cabo la sesión inaugural.

Tarde: Sesión de trabajo.

Miércoles: Sesiones de trabajo.

Jueves: Sesiones de trabajo.

Viernes: Sesiones de trabajo.

Sábado: Sesiones de trabajo.

Domingo: Libre.

Lunes: Sesiones de trabajo.

Martes: Discusiones Técnicas.

Miércoles: Sesiones de trabajo.

Jueves: Libre. La Secretaría dispondrá de este día para la elaboración del Informe Final.

Viernes: Clausura en la mañana o en la tarde, según lo permita el trabajo rendido por la Secretaría.

## Anexo 12

### TERCERAS REUNIONES ANUALES DEL CONSEJO INTERAMERICANO ECONOMICO Y SOCIAL AL NIVEL DE EXPERTOS Y AL NIVEL MINISTERIAL <sup>1</sup>

El Director presentó al Comité Ejecutivo, en su 52ª Reunión, un informe sobre las Terceras Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social (CIES) al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial, celebradas en Lima, Perú, del 30 de noviembre al 11 de diciembre de 1964.

Después de examinar detenidamente dicho informe, el Comité adoptó la Resolución XII <sup>2</sup> en la cual tomó nota con satisfacción e interés del informe presentado por el Director sobre las Terceras Reuniones Anuales del CIES; resolvió transmitir el mencionado informe a la XVI Reunión del Consejo Directivo, e invitó al Consejo Directivo a expresar su satisfacción por el interés que las Terceras Reuniones Anuales del CIES han demostrado en la salud de las Américas y, en especial, por las recomendaciones aprobadas al Nivel de Expertos sobre fiebre aftosa, abastecimiento rural y urbano de agua potable, así como la inclusión de propuestas de inversiones en salud en las solicitudes para obtener

financiamiento internacional en relación con programas de colonización, vialidad, urbanización, etc. Asimismo, recomendó al Consejo Directivo que: 1) encomendara al Director de la Oficina que continuara desarrollando y fortaleciendo las relaciones entre el CIES, el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP) y la Organización, con el objeto de lograr la integración total de las actividades de salud en los programas de desarrollo económico y social, y 2) encareciera a los Gobiernos de la Organización que incluyan representantes de los Ministerios de Salud en sus delegaciones a las Reuniones Anuales del CIES, y que procuren asimismo incluir en el programa de dichas reuniones temas específicos relacionados con la participación del sector salud en el proceso dinámico del desarrollo de los pueblos de las Américas.

En cumplimiento de esta resolución, el Director tiene el honor de someter a la consideración del Consejo la mencionada resolución, así como el Documento CE52/2, Rev. 1, (véase Apéndice), que contiene la versión revisada del informe antes mencionado, en el que se basó la misma.

<sup>1</sup> Documento CD16/10 (21 de junio de 1965).

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 62, 13-14.

## Apéndice

### TERCERAS REUNIONES ANUALES DEL CONSEJO INTERAMERICANO ECONOMICO Y SOCIAL AL NIVEL DE EXPERTOS Y AL NIVEL MINISTERIAL <sup>1</sup>

#### Introducción

Las Terceras Reuniones Anuales del CIES al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial se realizaron en Lima,

<sup>1</sup> Documento CE52/2, Rev. 1 (21 de junio de 1965).

Perú, del 30 de noviembre al 11 de diciembre de 1964.

Participaron en ellas delegaciones de todos los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y observadores de Canadá y Trinidad y Tabago, de algunos de los países de Europa, Israel y Japón.

Tomaron parte, con el carácter de participantes especiales, representantes de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), del Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP) y de la Nómina de los Nueve, como asimismo observadores de los organismos especializados de la OEA y de varios organismos de las Naciones Unidas.

Como en años anteriores, el objetivo de las reuniones fue analizar la marcha de la Alianza para el Progreso y formular la política y las recomendaciones, generales o específicas, para el próximo año. En esta oportunidad, debido particularmente a la existencia del CIAP, organismo que fue creado en la reunión del año anterior del CIES en São Paulo, las reuniones en Lima tuvieron un carácter algo diferente a las anteriores. Desde luego, la Secretaría estimó que el CIAP había realizado ya gran parte del trabajo que con anterioridad estaba asignado a las Comisiones Especiales—entre las cuales existía una para los asuntos de salud—y que además este Comité había evaluado ya el estado del programa de la Alianza para el Progreso lo que permitía acortar los informes, la documentación, el análisis de los programas y el temario. Fue también evidente el deseo de limitar el contenido del Informe Final reduciendo el número de resoluciones del CIES.

El temario de la reunión fue el siguiente:

#### I. EXAMEN ANUAL DE LA MARCHA DE LA ALIANZA PARA EL PROGRESO

- A. Tendencias recientes y proyecciones del desarrollo económico y social de los países latinoamericanos.
- B. Actividades e informe del Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP).
- C. Aspectos especiales del desarrollo económico y social.
- D. La marcha doctrinaria de la Alianza para el Progreso.

#### II. COMERCIO EXTERIOR E INTEGRACION ECONOMICA DE AMERICA LATINA

- A. Consideraciones sobre los resultados y proyecciones de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo.
- B. Actividades de la Asociación Latinoamericana de Libre Comercio y del Mercado Común Centroamericano y Proyectos Multinacionales.

#### III. FONDO ESPECIAL DE ASISTENCIA PARA EL DESARROLLO

Proyecto de Estatuto del Fondo Especial de Asistencia para el Desarrollo.

#### IV. PROGRAMAS Y PRESUPUESTOS

- A. Programa y presupuesto de la Unión Panamericana en la esfera de competencia del CIES, 1965-1966.
- B. Programa y presupuesto del Fondo Especial de Asistencia para el Desarrollo.

#### C. Plan de actividades y presupuesto del Programa de Cooperación Técnica.

#### V. OTROS ASUNTOS

De acuerdo con la naturaleza y el temario de la reunión, las deliberaciones estuvieron centradas en el terreno económico, político y en la discusión del programa y presupuesto. Una síntesis de los principales temas considerados y resoluciones acordadas es la siguiente:

#### Desarrollo económico

De la documentación y de las discusiones se desprende que las tendencias del desarrollo económico latinoamericano en 1964 presentan señales de recuperación, aun cuando esta debe tomarse con algunas reservas. En contraste con el panorama de años anteriores, en que el crecimiento del producto nacional no alcanzaba en la mayor parte del Hemisferio para hacer frente al crecimiento de la población, se estima que en 1964 habrá un incremento de alrededor de un 3% del producto *per capita*, que excedería el promedio de crecimiento mínimo establecido en la Carta de Punta del Este. Otros factores positivos citados fueron los planes nacionales de desarrollo sometidos por nueve países a la Nómina de Expertos; la introducción gradual de las reformas estructurales, que están creando condiciones económicas y sociales apropiadas para el desarrollo, y el aumento del valor de las exportaciones durante el último año.

Entre los problemas, las condiciones desfavorables en el comercio exterior fueron señaladas como el factor más importante para el desarrollo de América Latina; igualmente la inflación que en cinco países ha sido superior al 25%, en dos alcanza el 48% y en uno el 87%, y la producción agropecuaria, que ha permanecido prácticamente estancada durante los últimos tres años. Otros problemas mencionados fueron las elevadas deudas extranjeras a corto plazo y la necesidad de ayuda financiera externa a largo plazo.

#### Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP)

La reunión manifestó su satisfacción por las actividades desarrolladas por el CIAP en su primer año de existencia. Elogió los estudios por países, realizados por este organismo que permitieron determinar las necesidades y recursos externos de la América Latina. Consideró que el proceso de estudios por países debería constituir la principal actividad del CIAP y la base para el examen anual de la Alianza para el Progreso. La vigorización de estos estudios podría ser lograda mediante el mejoramiento de las estadísticas y un análisis más intenso de los problemas funcionales y sectoriales. Recomendó que, si el CIAP lo estima conveniente, convoque a una reunión de jefes de oficinas nacionales de planificación de los países para discutir las bases metodológicas que empleará

cada país para los estudios anuales por países y le encomendó que, como lo había hecho en 1964, preparara un resumen general de los problemas y perspectivas de la Alianza para el Progreso, con base en los estudios por países, y lo presentara a la consideración de la próxima reunión anual.

Hubo debate sobre la situación administrativa del CIAP, puesto que este actúa como una Comisión Especial Permanente del CIES en representación multilateral de la Alianza para el Progreso. El resultado de las discusiones sobre este punto fue pedir que el propio CIAP preparara un informe con las proposiciones que estime convenientes para fortalecer sus actividades. Se le autorizó, igualmente, para contar con un reducido grupo de colaboradores de alto nivel técnico, y se le dieron nuevas funciones relacionadas con los problemas del comercio y el desarrollo.

### **Fondo Especial de Asistencia para el Desarrollo**

Se aprobó el estatuto y presupuesto del Fondo Especial de Asistencia para el Desarrollo para financiar actividades de la Alianza para el Progreso a fin de que no dupliquen o reemplacen las que figuran en el programa y presupuesto regular de la OEA o en los programas de otras entidades. El Fondo, que tiene un carácter multilateral, será financiado por contribuciones voluntarias de los Estados Miembros de la OEA y de otras fuentes públicas o privadas.

El programa aprobado para 1965 comprende una serie de proyectos de asistencia técnica en el campo de la planificación, un grupo de proyectos sectoriales, los proyectos de adiestramiento del Programa de Cooperación Técnica, y una serie de otras actividades relacionadas directamente con la Alianza.

En la reunión se hicieron los siguientes ofrecimientos de contribución: las cinco repúblicas centroamericanas, \$125.000; Colombia, \$150.000; Ecuador, \$35.000; Perú \$60.000; Brasil, 20 millones de cruzeiros, y los Estados Unidos de América hasta \$4,5 millones, con la limitación de que dicha cantidad no excederá del 66% del total. El ofrecimiento hecho por el Gobierno del Brasil comprende solamente su contribución al Programa de Cooperación Técnica. Este país reservó el anuncio de su contribución para el resto de las actividades del Fondo para una fecha posterior.

Por diversas razones que tienen también que ver con el régimen administrativo y presupuestario que los afecta, no fue posible a representantes de otros países anunciar el monto de los aportes de sus respectivos Gobiernos al Fondo Especial, quedando establecido que posteriormente comunicarían a la Secretaría General de la OEA los ofrecimientos del caso.

El Fondo será organizado y financiado por el CIES, bajo cuya autoridad será administrado. Le corresponde al CIAP establecer pautas y prioridades, dentro del marco de la política establecida por el CIES, y revisar

el funcionamiento del Fondo. El Secretario General será responsable ante el CIES, de la administración y de la ejecución de sus actividades.

### **Planificación**

La reunión discutió el proceso de la planificación en los países latinoamericanos. Entre otras consideraciones estimó que la planificación ha permitido un mejor conocimiento de los problemas fundamentales que se confrontan en el desarrollo económico y social, una utilización más efectiva de los recursos locales disponibles y una orientación del financiamiento externo hacia los proyectos de más alta prioridad nacional. Estimó que los planes preparados no han logrado todavía una integración adecuada de los aspectos del desarrollo económico con los del progreso social. El contenido de los planes debería ser mejorado para evitar el carácter demasiado global que usualmente han tenido las metas y proyecciones, dando mayor importancia al análisis sectorial de los programas, y agregando que es importante superar las numerosas deficiencias que aún se observan en los planes de los sectores sociales, particularmente en los de educación y salud. De igual forma sería deseable que en la preparación de los programas generales se preste mayor atención a la redistribución del ingreso como uno de los objetivos básicos de esos programas.

### **Recursos humanos**

Considerando que uno de los principales obstáculos para el desarrollo de los países de la América Latina es la limitación de personal debidamente preparado, se recomendó a la OEA que intensifique los programas de ayuda a los Países Miembros para la programación del empleo de los recursos humanos disponibles.

### **Programas de promoción o cooperación popular o de desarrollo de la comunidad**

Se debatió este tema con cierta amplitud, destacando algunas delegaciones los méritos de estos programas para activar la promoción del desarrollo económico y social de América Latina, aun cuando no todos los países se referían a las mismas actividades. La resolución aprobada establece en su parte dispositiva:<sup>2</sup>

1. Recomendar a la Secretaría de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y al Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso, que colaboren intensamente con aquellos Estados Miembros que deseen llevar a cabo programas de desarrollo integral de la comunidad.

2. Aumentar en lo posible, la asistencia técnica directa a aquellos países que están realizando, a nivel nacional, programas de desarrollo de la comunidad.

<sup>2</sup> Resolución 7-M/64. *Documentos Oficiales de la OEA*, Ser. H/XII. 9 (esp.), pág. 15.



### Resoluciones relacionadas con la salud en las Américas

Sólo tres de las 20 delegaciones de los Estados Miembros asistentes a la reunión incluyeron representantes de los Ministerios de Salud Pública. Las principales actuaciones están relacionadas con:

*Fiebre aftosa.* La reunión tuvo a su disposición los documentos "Importancia y consecuencias de la fiebre aftosa en las Américas, Informe del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa sobre los progresos en la planificación y ejecución de campañas antiaftosas"<sup>3</sup> y "Evaluación del Proyecto 77 del Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos".<sup>4</sup> Sobre este asunto fue aprobada por la Reunión al Nivel de Expertos una resolución<sup>5</sup> que en su parte dispositiva dice:

1. Recomendar a la Oficina Sanitaria Panamericana que, por intermedio del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, continúe prestando a los países toda la colaboración y asistencia técnica a su alcance en el combate de la fiebre aftosa, así como en la preparación de proyectos de solicitudes de préstamos ante organismos internacionales de crédito, a fin de poder implementar las campañas nacionales antiaftosas que fueron presentadas y analizadas en la Conferencia Sudamericana de Río de Janeiro.

2. Que de acuerdo a la recomendación del Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso, propuesta para el Proyecto 77 de Cooperación Técnica (Documento CIES/621) y aprobada por el Consejo Interamericano Económico y Social en esta Tercera Reunión a Nivel de Expertos, se realice a la brevedad posible la reunión planteada en dicha recomendación con la participación indicada, a fin de considerar un programa interamericano aumentado, con el adecuado financiamiento y con énfasis en el aspecto multinacional.

3. Recomendar que en dicha reunión se tomen las disposiciones necesarias para incrementar en el menor plazo posible los recursos que necesita el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, a fin de dar cumplimiento a las mayores responsabilidades que se originen con el desarrollo intensivo de las campañas antiaftosas nacionales y multinacionales.

*Agua potable rural y urbana.* Se presentó un proyecto de resolución sobre agua rural y otro similar para agua potable urbana. La parte dispositiva de ambas resoluciones, incorporada en el Informe Final,<sup>6</sup> dice textualmente:

El CIES recomienda a los organismos internacionales de crédito que amplíen los préstamos con sistemas flexibles de financiamiento, a fin de intensificar y extender el desarrollo de los programas de suministro de servicios de agua potable a las poblaciones urbanas.

La instalación de servicios de agua en el medio urbano se ha intensificado significativamente en los últimos años,

gracias al interés de los países y de los organismos internacionales de financiamiento. Sin embargo, uno de los aspectos menos atendidos en el campo de la salud pública es el de la provisión de agua potable en las zonas rurales; en este punto es necesario obtener préstamos externos en condiciones favorables y promover la participación activa de las comunidades en programas encaminados a superar esta deficiencia.

*Implicaciones sanitarias en las inversiones de promoción.* Se aprobó una resolución sobre el tema, cuya parte dispositiva, incluida en el Informe Final,<sup>7</sup> establece:

Al formular los estudios de programas de colonización, vialidad, urbanización, etc., el CIES considera que se deberán tener en cuenta las necesidades de servicios de salubridad, y que en las solicitudes de financiamiento internacional se deberán incluir fondos suficientes para atender a los gastos necesarios en este aspecto. Para la programación de las campañas de inversiones en salubridad pública, será conveniente utilizar los recursos técnicos de los Ministerios de Salubridad a nivel nacional, y la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud.

*Centro regional de adiestramiento para personal técnico y administrativo de las instituciones o servicios médico-asistenciales de los países americanos.* Fue presentado un proyecto de resolución sobre este tema, quedando incorporado en el Informe Final<sup>8</sup> lo siguiente:

En el campo de la atención médica, la relación entre camas de hospital y población se ha mantenido por lo general estacionaria e inclusive ha disminuido en algunos casos. Por otra parte, las oportunidades de adiestramiento para funcionarios médicos y paramédicos son en la actualidad muy limitadas; el CIES considera que sería conveniente estudiar la posibilidad de establecer una escuela o centro regional para superar esta deficiencia, estudio que podría adelantar la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos.

*Estudios sobre las necesidades del desarrollo económico y el progreso social y sus relaciones con el crecimiento de la población.* Fue discutido un proyecto de resolución sobre esta materia, quedando incorporado en el Informe Final<sup>9</sup> en la forma siguiente:

El CIES, teniendo en cuenta la importancia de los problemas que plantea el crecimiento demográfico, considera que deben realizarse estudios para determinar las necesidades de desarrollo económico y progreso social relacionadas con el incremento de la población; en tales estudios, se debería prestar la debida atención al hecho de que la población latinoamericana está constituida en gran medida por un alto porcentaje de niños y adolescentes. En consecuencia, el CIES recomienda a los países de América Latina que realicen esos estudios, y encarga al CIAP que coordine los mismos a nivel internacional y que, con la colaboración de los organismos internacionales especializados, preste a los países la asistencia técnica necesaria.

<sup>3</sup> Documento CIES/644.

<sup>4</sup> Documento CIES/648.

<sup>5</sup> Resolución 1-E/64. *Documentos Oficiales de la OEA*, Ser. H/XII. 8 (esp.), págs. 9-10.

<sup>6</sup> *Ibid.*, pág. 74.

<sup>7</sup> *Ibid.*, pág. 74.

<sup>8</sup> *Ibid.*, pág. 74.

<sup>9</sup> *Ibid.*, pág. 58.

Otras actividades están contenidas en el Capítulo VI del Informe Final, "Programas Sociales en el Desarrollo", que tiene como introducción unos alcances sobre los fines y medios de la política social y un subcapítulo sobre salud,<sup>10</sup> en los cuales se incorporaron en la parte dispositiva de los proyectos de resolución mencionados los conceptos siguientes:

Los países de América Latina acordaron en Punta del Este trabajar para mejorar la salud de sus pueblos y aumentar en la década la esperanza de vida al nacer en por lo menos cinco años. En esta dirección se han logrado algunos avances que aunque insuficientes, dejan ver la preocupación existente en los campos de la planificación, mejoramiento de las estadísticas relacionadas con la salud, formación de personal, mejoramiento de la organización y administración de servicios, saneamiento ambiental relacionado especialmente con provisiones de servicios de agua y desagüe, lucha contra las enfermedades, mejoramiento de la nutrición y organización racional de los servicios de atención médica.

---

<sup>10</sup> *Ibid.*, pág. 74.

El CIES toma nota del avance experimentado en el programa continental de erradicación de la malaria, a pesar de que en algunos países se encuentran aún ciertos problemas de orden técnico. Asimismo, han continuado los programas de erradicación de la viruela y de la fiebre amarilla al igual que las actividades para lograr el control de enfermedades transmisibles como la tuberculosis, poliomielitis y otras.

#### Otras resoluciones

Otras resoluciones aprobadas en la reunión exhortan a los países miembros a adoptar decisiones para lograr las metas de la integración económica; a continuar los planes de reforma agraria y a intensificar el programa de información sobre la Alianza para el Progreso.

---

El Director de la Oficina tiene el honor de presentar este informe al Comité Ejecutivo con el objeto de que adopte la resolución que estime procedente.

**INFORME SOBRE LA RACIONALIZACION ADMINISTRATIVA EN  
LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA <sup>1</sup>**

El Director presentó a la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo un informe sobre la marcha del programa de racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana, que figura en el Apéndice.

Después de examinar dicho tema, el Comité aprobó una resolución <sup>2</sup> en la cual: tomó nota del informe presentado por el Director sobre la racionalización administrativa en la OSP; felicitó al Director y al personal de la Oficina por la labor realizada hasta la fecha para efectuar economías en la administración; encomendó al Director que prosiga aplicando el programa de racionalización y que informe al Comité Ejecutivo, en su 54ª Reunión, acerca de los progresos logrados en este aspecto, y resolvió transmitir la resolución y el informe del Director a la XVI Reunión del Consejo Directivo.

Desde que el Director presentó su informe sobre los progresos alcanzados en la racionalización administrativa, la labor encaminada al continuo perfeccionamiento de los métodos y procedimientos internos, así como la formulación y ejecución de planes relativos a nuevas aplicaciones de los sistemas de ordenación y análisis de datos, ha proseguido de acuerdo con el programa previsto.

En el aspecto financiero, se están ensayando algunas aplicaciones con respecto a las obligaciones sin liquidar, controles presupuestarios, reembolso del impuesto sobre la renta e informes sobre el estado de las contribuciones al fondo de pensiones, lo cual se espera llevar a la práctica durante el segundo semestre de 1965. Se han elaborado también sistemas para las computadoras electrónicas, relativos a la ordenación y análisis de las solicitudes de reembolso de gastos de viaje e informes mensuales de datos financieros y el estado de la licencia anual acumulada por el personal. Dichos sistemas se están ensayando en un país antes de aplicarlos a todas las dependencias y servicios de la Organización.

En materia de personal, en abril y mayo se completó el cambio al nuevo procedimiento, que ahora se aplica en todos sus aspectos, y que entraña también nuevos formularios, nuevo equipo (máquinas de escribir automáticas) y nuevos informes preparados por la computadora electrónica sobre el personal de plantilla, puestos vacantes, relación numérica del personal por categorías y procedencia de fondos, y distribución de aquel por nacionalidades. Se proyecta continuar dicha labor con la aplicación, a fines del verano o a comienzos del otoño, de las nuevas técnicas a los trámites de contratación de personal. Se espera implantar al mismo tiempo otros procedimientos relativos a la preparación anual, mediante computadoras electrónicas, de algunos formularios para el personal de plantilla y otros informes sobre esa materia.

Se han terminado ya los preparativos para efectuar los análisis de los sistemas en lo que se refiere a los suministros e inventarios, y en agosto-septiembre comenzará la labor de detalle relacionada con esta fase de los planes para la ordenación y análisis de datos sobre esas actividades.

En cuanto a otras unidades orgánicas, incluyendo las de Evaluación e Informes, Becas y Estadísticas de Salud, se realizan estudios preliminares y se están formulando planes respecto a la aplicación de los sistemas de ordenación y análisis de datos, después de lo cual en el segundo semestre de 1965 se procederá, en caso necesario, a detallados análisis de los citados sistemas. Se espera que a fines del año los datos sobre algunos aspectos de la labor de estas unidades orgánicas puedan ser objeto de ordenación y análisis por medio de los nuevos procedimientos.

A medida que se va intensificando el empleo de las técnicas y métodos más modernos en la Organización, se concede especial atención no sólo a determinados medios de almacenamiento y localización de datos, sino a la labor efectiva de ordenación y

<sup>1</sup> Documento CD16/16 (14 de julio de 1965).

<sup>2</sup> Resolución VI. Documento Oficial de la OPS 62, 9.

análisis de datos de cada aspecto en particular y a los tipos de equipo que deben emplearse con el fin de aplicar en todo momento los procedimientos más prácticos y menos costosos.

Se presentarán a futuras reuniones de los Cuerpos Directivos nuevos informes sobre el desarrollo del programa de racionalización administrativa y ordenación y análisis de datos en la Oficina.

## Apéndice

### INFORME SOBRE LA RACIONALIZACION ADMINISTRATIVA EN LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA <sup>1</sup>

De conformidad con lo dispuesto en la Resolución I <sup>2</sup> de la 50ª Reunión del Comité Ejecutivo, el Director tiene el honor de presentar un nuevo informe sobre la marcha del programa de racionalización en la Oficina Sanitaria Panamericana. En este informe se ponen al día los datos facilitados sobre la materia a la 48ª y 50ª Reuniones del Comité Ejecutivo y a la XIV y XV Reuniones del Consejo Directivo.

El objetivo de este programa consiste en centralizar casi todas las actividades administrativas de los servicios de campo en el sistema de la oficina de la Sede en Washington.

Como ya se informó anteriormente al Comité Ejecutivo, en su 50ª Reunión (Documento CE50/7),<sup>3</sup> se ha alcanzado el objetivo inicial, establecido provisionalmente, de proceder a una reducción neta de 57 puestos, con una economía anual de \$434.000 en el estimado de principios de 1963. En esa fecha se estableció otro objetivo, y el Director se complace en informar que se logró una reducción neta de 68 puestos administrativos, que representa una economía anual de unos \$530.000, que se están empleando en la asistencia directa a los programas de los Gobiernos.

La racionalización administrativa se ha extendido también al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), con una reducción inicial de 21 puestos, que supone una economía anual estimada en \$53.000.

La incorporación de la mayor parte de las operaciones administrativas de los servicios de campo al sistema de la Sede ha aumentado considerablemente el volumen de trabajo en la oficina de Washington. La absorción de este mayor volumen de trabajo, sin que al mismo tiempo

se aumentara el personal, ha sido posible gracias en gran parte al constante estudio y mejoramiento de los métodos y procedimientos internos y a la introducción de nuevas técnicas. Por consiguiente, con el fin de atender a este volumen cada vez mayor de trabajo administrativo, derivado de la ampliación del programa y del personal de la Organización, y al mismo tiempo efectuar economías y mejorar la calidad de la labor, se sigue concediendo en la administración de la Oficina especial importancia a la mecanización y otros elementos de la tecnología moderna y en rápida evolución, en un continuo esfuerzo por disponer de los mejores medios para una buena y eficaz administración.

Desde los comienzos del programa de racionalización administrativa, se comprendió claramente que sería necesario introducir poco a poco sistemas y procedimientos mecanizados como parte integrante del programa general. Se previó también el empleo de calculadoras y la aplicación del sistema electrónico de ordenación y análisis de datos en los diversos aspectos administrativos, y se establecieron los planes encaminados a la utilización, con el tiempo, del equipo y técnicas más modernas en este campo, por parte de la Oficina.

Como primera medida en este sentido, a fines de 1961 se instalaron dos máquinas de contabilidad en la Sección de Finanzas de Washington. Una de las ventajas de este equipo es su facilidad de adaptación a los métodos electrónicos de ordenación y análisis de datos. En los años siguientes, a medida que iba avanzando la racionalización administrativa, se estudió la posibilidad de incrementar la mecanización y se decidió efectuar los preparativos necesarios para sustituir, en breve plazo, el sistema de máquinas de contabilidad puramente mecánicas por los métodos electrónicos de ordenación y análisis de datos que comprenden el uso de una calculadora. En 1963 se efectuaron ciertas adaptaciones en las máquinas de contabilidad, lo cual permite preparar en ellas cintas

<sup>1</sup> Documento CE52/5 (25 de marzo de 1965).

<sup>2</sup> Documento Oficial de la OPS 57, 3.

<sup>3</sup> Documento Oficial de la OPS 60, 354.

de papel perforado que sirven para alimentar con datos a la calculadora.

La primera gestión en esta labor consistió en contratar con una compañía los servicios de personal para la preparación de programas y las horas de utilización de máquinas electrónicas que se necesitan para la ordenación y análisis de datos sobre las actividades de la Oficina, mientras que el análisis de los sistemas, la preparación de modelos de formularios e informes y los trabajos sobre procedimientos y trámites internos afines están a cargo del personal de plantilla de la Oficina. Por el momento, se considera que este es el plan más factible y menos costoso. Más adelante, a medida que aumente el volumen de operaciones que deban ser efectuadas por las calculadoras electrónicas y la Oficina haya obtenido suficiente experiencia y conocimientos en estas técnicas, tal vez sea conveniente estudiar de nuevo dicho plan.

A principios de 1964, después de una intensa labor preliminar, se elaboró por primera vez, mediante la calculadora, la nómina del personal de la Oficina. Además de preparar los cheques, las listas de depósitos, los registros de cheques y las cuentas de pagos y deducciones, se empezaron a obtener de la calculadora numerosos datos, como resultado secundario de la elaboración de la nómina, a saber: información sobre gastos de la Organización y derechos del personal; deducciones individuales y sueldos netos; datos de la nómina por orden de las partidas; comprobantes de aquella; datos contables sobre las deducciones para la Caja de Pensiones, y sobre las gratificaciones por servicios prestados. En la actualidad se procede a dar nuevas aplicaciones al sistema en materia financiera con respecto a los saldos sin liquidar de las obligaciones; controles presupuestarios en relación con los servicios y subsidios del personal; reembolso del impuesto sobre la renta de los Estados Unidos de América; estados anuales sobre pensiones, y ciertas operaciones de contabilidad general.

Al mismo tiempo se han completado los preparativos para la introducción de técnicas similares en materia de personal. Este nuevo procedimiento se basa en la preparación simultánea, en una máquina de escribir automática, de documentación relativa al personal y cinta de papel perforado; el establecimiento de ficheros matriz en cinta magnética que contengan la información pertinente sobre el personal presente y futuro, y la impresión, por la calculadora, de uno o varios datos en forma de informes, análisis o estadísticas referentes al puesto de un funcionario, grado, título, lugar de destino, partida asignada, fecha de entrada en vigor del nombramiento, duración de aquel, fecha de nacimiento, sexo, estado civil, nacionalidad, licencia para visitar el lugar de origen, sueldo y subsidios, nombres y fechas de nacimiento de los familiares a cargo del funcionario, idiomas que

conoce y otras cualidades, números y deducciones correspondientes a la Caja de Pensiones y seguros, y fechas de aumentos de sueldo y terminación de ciertos subsidios. También se obtendrán, mediante la calculadora electrónica, datos análogos en relación a los aspirantes a puestos.

En la actualidad se trata de aplicar el sistema a otros aspectos relacionados con el personal, mediante la preparación, por la calculadora, de ciertos formularios, a saber, la certificación anual de familiares a cargo del funcionario, la evaluación anual de sus servicios y el aumento anual de sueldo.

También se ha iniciado la labor preliminar encaminada a la aplicación de la calculadora electrónica a otros aspectos administrativos, incluidos los de suministros e inventarios. Igualmente se están elaborando planes para conectar, por medio de la calculadora, el fichero matriz establecido para la nómina con el del personal, de suerte que este último ponga al día automáticamente la primera.

La compañía que se encarga de los trabajos de computación electrónica para la Oficina utiliza actualmente una máquina calculadora de tamaño mediano bien conocida. Ahora bien, la mencionada empresa ya ha encargado un sistema más moderno y diversificado que deberá ser entregado a principios de 1966, por lo que habrá que adaptar las aplicaciones de la OSP de un sistema a otro. También se proyecta adiestrar personal en el lenguaje convencional y técnicas de programación del nuevo sistema.

A medida que se vaya adquiriendo más experiencia en estos métodos, la Oficina irá adaptando su aplicación a los rápidos avances de la tecnología en materia de calculadoras electrónicas, diversificando sus operaciones en la medida en que sea factible y práctico. Con esa finalidad, varios miembros del personal están recibiendo adiestramiento en programación en el sistema de calculadoras electrónicas y otras técnicas afines.

Se espera que, con el tiempo, la Oficina disponga de un grupo de personal adiestrado que conozca el sistema de calculadoras electrónicas, y esté capacitado para escribir los propios programas de la Oficina.

El objetivo principal sigue siendo el constante perfeccionamiento de la labor administrativa sin los aumentos de personal y de costos que de otro modo se producirían, y de esta manera ofrecer el mejor servicio posible a los Gobiernos.

Se considera que, con la constante revisión y análisis de todas las operaciones administrativas y con un mayor empleo del sistema de calculadoras electrónicas y otras técnicas afines, se podrá alcanzar ese objetivo.

Oportunamente se presentarán nuevos informes sobre la marcha y desarrollo de las actividades en este campo.

## Anexo 14

### INFORME SOBRE LOS EDIFICIOS E INSTALACIONES PARA LA SEDE <sup>1</sup>

El Director tiene el honor de presentar a la XVI Reunión del Consejo Directivo, un nuevo informe acerca de la marcha del programa de construcción del edificio permanente de la Sede de la Organización Panamericana de la Salud y la venta de los inmuebles propiedad de la Organización.

Los 63 años de esfuerzos y proyectos relativos al edificio permanente de la Sede de la Oficina Sanitaria Panamericana, culminaron el 16 de agosto de 1965 con el traslado del primer grupo de funcionarios de la Organización al nuevo edificio de la Sede. Según lo previsto, el resto del personal se encontraría ya en dicho edificio el 23 de agosto, fecha en que la Oficina reanudaría todas sus actividades en la nueva Sede.

Después de años de estudio por parte de los Cuerpos Directivos y la Secretaría, y de una serie de negociaciones que continuaron durante un decenio, el Presidente de los Estados Unidos de América firmó, en marzo de 1960, una ley en virtud de la cual se autorizaba la donación del terreno que actualmente ocupa la Organización. En mayo de 1961 y octubre de 1962 se concertaron empréstitos con la Fundación W.K. Kellogg, que, junto con el producto del Fondo de Reserva para Edificios y el de la venta de los inmuebles sitos en la Avenida New Hampshire, N.W., números 1501 y 1515, permitieron la construcción del edificio.

El nuevo edificio de la Sede se basa en el proyecto del Sr. Román Fresnedo Siri, al que se otorgó el primer premio en un concurso continental celebrado en 1961.

Las propiedades sitas en la Avenida New Hampshire, N.W., números 1501 y 1515, antigua Sede de la Organización, se vendieron en 1965 al "American Council on Education", por la cantidad de \$1.125.000. Los nuevos propietarios tomarán posesión de los inmuebles el 7 de septiembre de 1965. En la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo se autorizó <sup>2</sup>

al Director de la Oficina a efectuar empréstitos hasta un máximo de \$900.000, con destino al financiamiento de la construcción, en espera del pago final de la venta de dichos edificios el 7 de septiembre. Según parece, no será preciso recurrir a empréstito alguno, por cuanto los gastos se han mantenido al nivel del saldo disponible del Fondo de Reserva para Edificios.

La XV Reunión del Consejo Directivo, celebrada en México, D.F., en 1964, consideró la posibilidad de que los Gobiernos hicieran donaciones de obras de arte, exponente de la cultura de sus pueblos respectivos, para el ornato del nuevo edificio de la Sede, y aprobó la Resolución XXVI <sup>3</sup> en la que se encomendó al Subcomité Permanente de Edificios y Obras que estudiara los aspectos relacionados con las donaciones y que estableciera procedimientos y normas para la aceptación o el rechazo de las mismas. Después de estudiar la cuestión con el Sr. Fresnedo Siri, arquitecto de las obras, se convino en que los donativos podrían consistir en esculturas, pinturas, tapices o alfombras y objetos de cerámica. En la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo, celebrada en abril de 1965, se examinó el asunto <sup>4</sup> y se encomendó al Director que informara a los Gobiernos acerca de las condiciones que debieran cumplir las obras de arte que desearan donar. Así se procedió mediante una carta circular enviada a todos los Gobiernos (Apéndice 1).

Hasta la fecha, cinco Gobiernos han enviado contestación al respecto: los de Belice, Bolivia, Honduras, Perú y Surinam.

Además, un particular y una asociación comercial han ofrecido objetos de arte. Todas las ofertas serán consideradas por el Subcomité Permanente de Edificios y Obras y por el Director, con el asesoramiento de un experto en la materia.

<sup>1</sup> Documento CD16/21 (20 de agosto de 1965).

<sup>2</sup> Resolución XI. Documento Oficial de la OPS 62, 12-13.

<sup>3</sup> Documento Oficial de la OPS 58, 30.

<sup>4</sup> Documento Oficial de la OPS 64, 116-120.

### Otras propiedades

El Director se complace en informar en esta ocasión acerca de las siguientes transacciones de propiedades, efectuadas en las Oficinas de Zona. Hasta la fecha, la OPS tenía en alquiler los locales ocupados por la Oficina de Río de Janeiro. En vista de que la situación no resultaba satisfactoria, la Organización compró una casa, por la suma de \$58.000. En Buenos Aires, se adquirieron locales suplementarios en el mismo piso del edificio donde

está actualmente instalada la Oficina de Zona. En Guatemala, la Oficina de Zona se ha trasladado a otro inmueble en el que se han alquilado locales. En México, se ha renovado recientemente el contrato de alquiler de los locales de la Oficina de Zona.

Para información del Consejo Directivo, se acompañan (Apéndice 2) copias de las actas de las reuniones celebradas por el Subcomité Permanente de Edificios y Obras después de la 52ª Reunión del Comité Ejecutivo.

---

### Apéndice 1

#### CARTA CIRCULAR A TODOS LOS GOBIERNOS

CT/Doc-CL-15-65

7 de junio de 1965

Tapices: 1,50×3,00 metros  
1,50×2,10 metros  
1,80×2,40 metros

Estimado Sr. Ministro:

El Consejo Directivo, en su XV Reunión celebrada el año pasado en México, D.F., consideró la posibilidad de que los Gobiernos donaran obras de arte representativas de la cultura nacional para el ornato del nuevo edificio de la Sede de la Organización Panamericana de la Salud.

En este sentido, el Consejo, en su Resolución XXVI encomendó al Subcomité Permanente de Edificios y Obras que estudiara los aspectos relacionados con dichas donaciones y estableciera normas y procedimientos para la aceptación o el rechazo de las mismas.

En cumplimiento de esa disposición, se procedió a un estudio detenido del asunto y se celebraron consultas con el arquitecto del edificio, Sr. Fresnedo Siri, quien sugirió que las donaciones podrían consistir en esculturas, pinturas, tapices y objetos de cerámica, y recomendó que las dimensiones de estos artículos fueran las siguientes:

Esculturas: 0,90×1,20 metros  
0,90×1,50 metros  
Pinturas: 0,90×1,50 metros  
1,20×1,82 metros

El Comité Ejecutivo, en su 52ª Reunión celebrada en Washington, D. C., del 19 al 23 de abril pasado, se ocupó también de este asunto y me encomendó que informara a los Gobiernos sobre las características que deberían tener las donaciones de obras de arte, que son las que he mencionado más arriba.

Tenemos gran interés en que el nuevo edificio de la Sede sea al mismo tiempo, en la medida de lo posible, exponente de la cultura y el arte de los distintos pueblos de las Américas. Por ello nos agradecería contar con una aportación del Gobierno de su país, que se ajustara a las características antes citadas.

Me permito señalar a su atención que el nuevo edificio será inaugurado a fines del próximo mes de septiembre, con motivo de la celebración de la XVI Reunión del Consejo Directivo.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle el testimonio de mi más alta y distinguida consideración.

(firmado)  
DR. ABRAHAM HORWITZ  
Director de la  
Oficina Sanitaria Panamericana

---

## Apéndice 2

## SUBCOMITE PERMANENTE DE EDIFICIOS Y OBRAS

[El jueves, 20 de mayo de 1965, debía celebrarse una reunión del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, convocada por el Presidente del Subcomité. Sin embargo, debido a la falta de quórum, la reunión fue aplazada hasta el martes 25 de mayo de 1965, a las 4 p.m.]

Acta de la Reunión celebrada el 25 de mayo de 1965  
a las 4 p.m.

## Participantes:

Sr. Paul J. Byrnes (Estados Unidos de América),  
Presidente  
Sr. Francisco Borrego (México)  
Sr. Regis Novaes de Oliveira (Brasil)

## El Subcomité contó con la colaboración de:

Dr. Stuart Portner, Jefe de Administración, OSP  
Sr. Eugene J. Settino, Jefe de la Sección de Servicios  
y Suministros, OSP  
Sr. A. Cray, Supervisor de las Obras, OSP

El Presidente del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, Sr. Paul J. Byrnes (Estados Unidos de América), declaró abierta la reunión, que se había convocado principalmente con el objeto de estudiar el estado de las obras de construcción del nuevo edificio.

El Dr. Portner, al explicar la situación, señaló que la fecha definitiva de ocupación del edificio había sido fijada para el 15 de agosto de 1965, a fin de que la Secretaría pudiera trasladarse e instalarse con la debida anticipación para la reunión de septiembre del Consejo Directivo. Hizo saber al Subcomité que a fin de cumplir con esa fecha era necesario autorizar a los obreros de la construcción a trabajar en horas extraordinarias, con lo cual podrían dedicar la semana completa a las obras. Seguidamente, el Dr. Portner pidió al Sr. Cray se sirviera informar al Subcomité sobre el estado de las obras.

El Sr. Cray expuso detenidamente la situación de los trabajos de construcción. Indicó que la obra de enlucido de yeso estaba terminada en los pisos tercero a noveno del edificio de la Secretaría, y quedaria concluida en el décimo piso ese mismo día. Una vez terminado el enlucido del décimo piso sería posible instalar el revestimiento de madera en los muros y colocar las alfombras y el mobiliario.

A continuación, el Sr. Cray se refirió a la situación relativa a las salas de reuniones. En vista del plan adoptado en el sentido de trabajar durante el fin de semana, se podría terminar la obra de enlucido de yeso

el 31 de mayo e iniciar los trabajos de revestimiento de las salas de reuniones dentro de dos semanas. Durante el mes de junio, se instalaría el equipo de interpretación simultánea y seguidamente, las mesas y sillas para las conferencias. En resumen, el Sr. Cray estimaba que la mayor parte de las obras de construcción del edificio quedarían terminadas el 31 de julio, y que el 15 de agosto podrá iniciarse el traslado a la nueva Sede.

A este respecto, el Sr. Cray indicó un problema en relación con la llegada del mármol pedido a Italia, el cual se encontraba en camino y, al parecer, tanto retrasado. El Sr. Byrnes y el Dr. Portner se refirieron a las gestiones en curso para lograr que el mármol sea recibido con suficiente tiempo.

El Dr. Portner, al referirse a la necesidad de autorizar a los obreros a trabajar en horas extraordinarias para cumplir con la fecha fijada, indicó que el gasto que ello entraña es mínimo si se considera que la permanencia en las actuales oficinas después del 31 de agosto costaría \$5.000 al mes en concepto de alquileres y, aproximadamente, \$40.000 para celebrar la reunión del Consejo Directivo en otros locales de Washington, D.C.

El Sr. Byrnes preguntó cuál sería el costo de las horas extraordinarias, a lo cual el Dr. Portner respondió, que podía preverse un máximo de \$25.000, para los trabajos ya efectuados y los aún por realizar, pero que la suma probablemente sería menor. Señaló que no se trataba de un gasto imprevisto, ya que tales medidas han de tenerse en cuenta en los trabajos de construcción, especialmente cuando se debe cumplir con determinada fecha.

Seguidamente, el Dr. Portner señaló a la atención del Subcomité el plan relativo al diseño e instalación de un candelabro central en la Sala del Consejo. En el último presupuesto se indicaba un costo de \$70.000 a \$80.000 que, a juicio del Dr. Portner, era totalmente exagerado. Se acordó simplificar el diseño a fin de reducir el costo a una cantidad que quedara comprendida entre \$30.000 y \$40.000.

A solicitud del Presidente, el Dr. Portner informó al Subcomité acerca del plan de servicios de cafetería para el personal de la Oficina en el nuevo edificio.

Añadió luego que lo único que podía causar considerables molestias era el ritmo actual de las obras de la carretera de la Calle E, que constituye el único acceso al estacionamiento de automóviles del edificio. Se acordó que convenía dirigirse a las autoridades del Distrito de Columbia relacionadas con el asunto, a fin de ver si este podía resolverse.

A continuación el Dr. Portner puso en conocimiento



del Subcomité que el Director había autorizado la adquisición de mobiliario nuevo para la Sede. Indicó que el traslado del mobiliario actual a los nuevos locales costaría \$24.000 y, de dicho mobiliario, tan sólo una pequeña parte era realmente adaptable y conveniente para el nuevo edificio. Se calculaba que podían obtenerse, aproximadamente, \$18.000 de la venta del mobiliario actual y que otros \$20.000 a \$25.000 se conseguirían de la venta de equipo usado. Esto reducía considerablemente la cantidad de \$100.000 en que se calculaba el costo del mobiliario nuevo.

El Dr. Portner explicó que se proyectaba celebrar una ceremonia de dedicación del edificio durante la semana en que se reúna el Consejo Directivo, a la cual serían invitados los Ministros de Salud de los Gobiernos Miembros, los Embajadores ante la Organización de los Estados Americanos, el Presidente de los Estados Unidos de América y otros dignatarios.

Finalmente, sugirió que el Subcomité visitara las obras. Se fijó provisionalmente el 3 de junio, a las 4 p.m., y como lugar de reunión de los miembros del Subcomité el propio edificio en construcción.

A solicitud del Presidente, el Dr. Portner hizo un breve análisis del estado actual de las instalaciones de las Oficinas de Zona. Hasta la fecha, la Oficina de Río de Janeiro había alquilado unos locales que no reunían

condiciones satisfactorias. Sin embargo, la Oficina había adquirido últimamente unos locales a un costo de \$58.000. En Buenos Aires, se habían comprado locales complementarios en el mismo piso del edificio donde está instalada la Oficina de Zona. En Guatemala, la Oficina de Zona se estaba trasladando a otro edificio donde se han alquilado nuevos locales. En México, acababa de renovarse el contrato de alquiler de los locales de la Oficina de Zona.

El Presidente agradeció al Dr. Portner y al Sr. Cray su completo y muy satisfactorio informe acerca del estado de las obras del nuevo edificio.

Se levantó la sesión a las 5 p.m.

---

*Acta de la Reunión celebrada el 3 de junio de 1965,  
a las 4 p.m.*

El Subcomité Permanente de Edificios y Obras se reunió, a las 4 p.m., en el propio lugar donde está construyéndose el nuevo edificio de la OPS, al objeto de inspeccionar las obras y evaluar los progresos realizados hasta la fecha.

---

## INDICE

- Acosta Borrero, Roberto (Colombia), 3, 11, 207
- Acta de Bogotá, 23, 38
- Achter, I. R. (Federación Mundial de Ergoterapeutas), 7
- Adiestramiento, 28, 35, 41, 49  
 en el INCAP, 36, 69  
 personal auxiliar, 29, 36-37, 187-193, 203  
*(véase también* Educación médica)
- Administración *(véase* Racionalización administrativa, OSP)
- Aedes aegypti*, erradicación, 32, 44-45, 46, 47-48, 48, 51-52  
 erradicación en Argentina, 158, 186-187
- Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), 27, 49, 52, 64, 66, 67, 116, 117, 118, 122, 123, 125, 134, 229, 231, 235, 237, 346, 395
- Agua  
 abastecimiento rural de, 34-35  
 contaminación de la atmósfera y del agua  
 discusión, 198-201, 204-207  
 informe (anexo), 407-410  
 Fondo para Abastecimiento Público de Agua, OPS, 61
- Aguilar Herrera, Orlando (Guatemala), 4, 11, 25, 40, 63, 102, 130, 134, 143, 177, 181-182, 196, 198, 211
- Aguilar Rivas, Alberto (El Salvador), 4, 10, 11, 121-122, 139-140, 190-191, 194, 210
- Aire *(véase* Contaminación de la atmósfera y del agua)
- Albert, Solomon N. (Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos), 7
- Alcantarillado *(véase bajo* Agua y Saneamiento ambiental)
- Alfaro, Luis Domingo (Panamá), 5, 93
- Alianza para el Progreso, 16, 18, 19, 44, 116, 122, 126-130, 144  
 Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP), 19, 33, 45, 79, 111, 127, 139, 147, 152, 394, 439, 440, 440-441  
 exposición del Presidente del CIAP, 124-126, 130-131  
*(véase también* Carta de Punta del Este y Consejo Interamericano Económico y Social)
- "Alimentos para la Paz" (EUA), 66
- Allen, C. Stanley (Federación Mundial de Veteranos de Guerra), 7-8
- Allen, Raymond B. (OSP), 6, 150-152
- Alonso Menéndez, Daniel (Cuba), 3, 10, 42-43, 86-87, 97-98, 167, 169-170, 185, 190
- Alvarado G., Luis (Director, Oficina Internacional del Trabajo), 7
- Alvarez Tabío, Pedro (Cuba), 219
- Anderson, Otis L. (Asociación Médica Mundial), 7
- Aponte-Villegas, José Luis (Venezuela), 6, 10
- Aportaciones financieras no gubernamentales para actividades de salud, 80, 138-139  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 221
- Araujo Moraes, Nelson Luiz de *(Participante, Discusiones Técnicas)*, 11
- Argentina  
 delegación, 3  
 observaciones sobre  
*Aedes aegypti*, erradicación, 158, 186-187  
 dinámica de la población, 83-84  
 hospitales, 172, 209-210  
 investigaciones, 154  
 planes nacionales de salud, 141-142  
 preparaciones farmacéuticas, 84, 111-112, 148-150  
 seguridad social, 98-99  
 viruela, 180
- Arreaza Guzmán, Alfredo (OSP), 6
- Asignaciones *(véase* Programa y presupuesto, OPS)
- Asistencia Técnica, Programa Ampliado de las Naciones Unidas, 61, 78, 134, 136, 346
- Asociación Médica Mundial, 7
- Atención médica, 35, 38, 47  
 coordinación en América Latina, 89-92, 93-99, 112-115, 180-181  
 tema para las Discusiones Técnicas (1966), 202
- Atmósfera *(véase* Contaminación de la atmósfera y del agua)
- Auditor Externo, informe *(véase* Informe Financiero)
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 33, 35, 50, 125, 152, 171, 186, 199, 440
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial), 33, 125
- Barry, Frank (Unión Internacional de Protección a la Infancia), 8
- Bastos Belchior, Murillo (Brasil), 3
- Becas, 37  
 del INCAP, 36, 69
- Béhar, Moisés (Director, INCAP), 6, 69
- Bibliotecas médicas, 37, 38, 152, 155, 157, 404
- Bica, Alfredo N. (OSP), 6, 99-102, 109
- BID *(véase* Banco Interamericano de Desarrollo)
- Bienestar rural, 34, 38, 39, 40, 43, 49
- Blaksley, Julio C. (Argentina), 3, 10, 174-175, 178-179, 180, 201
- Blood, Benjamin D. (Estados Unidos de América), 4, 219
- Board, Leonard M. (Estados Unidos de América), 4, 10, 44-45, 136, 205, 219
- Boniche Vásquez, Alfonso (Nicaragua), 5, 11, 47, 99, 113, 121, 167
- Brasil  
 delegación, 3  
 observaciones sobre  
 atención médica, 38  
 contaminación de la atmósfera y del agua, 206  
 dinámica de la población, 85  
 enmienda al Reglamento Interno del Consejo Directivo, 169, 185  
 enmiendas al Art. 7 de la Constitución de la OPS, 169, 184-185  
 informe anual del Director, 37-39

- Brasil (*cont.*)  
 investigaciones, 153  
 malaria, 85, 122  
   financiamiento del programa, 136  
 personal auxiliar, adiestramiento, 191-192  
 preparaciones farmacéuticas, 148-149  
 presupuesto, 68-69  
 seguridad social, 93-95, 112-113, 115  
 viruela, 84-85, 103
- Bravo, Alfredo Leonardo (OSP), 6, 89-92, 113-114
- Britto, Raymundo de (Brasil), *Presidente del Consejo Directivo*, 3, 9, 24, 25, 26, 27, 37, 43, 50, 65, 71, 73, 93-95, 105, 106, 111, 112, 115, 124, 178, 180, 181, 183, 185, 186, 187, 191, 193, 194, 195, 197, 201, 202, 207, 215, 216
- Brooks, Earl D. (OSP), 6
- Budnik, Emilio (OSP), 6
- Burke, Patrick W. C. (Jamaica), 5, 142-143, 146, 167, 173, 205-206
- Bustamante, Miguel E. (México), 219
- Byrnes, Paul J. (Estados Unidos de América), 4, 56, 146, 175-176, 177, 219
- Cadáveres, transporte internacional de  
 discusión, 207-209, 213  
 informe (anexo), 413-419  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 224
- Calderwood, Howard B. (Estados Unidos de América), 4, 10, 160, 162, 163, 219
- Calvo, Alberto E. (Panamá), 5, 10, 11, 113, 127-128, 142, 155-156, 164-165, 166, 168, 219
- Camacho, José (Colombia), 3
- Campaña Mundial contra el Hambre, 67
- Canadá  
 delegación, 6  
 observaciones sobre  
   informe anual del Director, 49-50  
   planificación de salud, 50
- Candau, M. G. (Director General, Organización Mundial de la Salud), 6, 10, 15, 21-22, 103-104
- Cardich, Pedro (Perú), 5
- Carta de Punta del Este, 17, 19, 23, 38, 43, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 144, 440  
 (*véase también* Alianza para el Progreso)
- Cassorla, Armando (OEA), 7, 219
- Castells, Adolfo (Uruguay), 6, 64, 131-132, 155, 158, 162, 166, 169
- Castillo Rey, Francisco (Venezuela), 6, 9, 10, 43-44, 68, 74, 83, 99, 108-109, 119-120, 129, 137-138, 155, 158, 163, 163-164, 165, 173, 179-180, 189, 192, 214-215
- Castro Viquez, Francisco (Costa Rica), 219
- Centro de Enfermedades Transmisibles (EUA), 156, 231, 235
- Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), 141, 391, 398-399
- Centro de Información en Salud Mental de Latino América (CISMLA), 214, 411, 412
- Centro Latinoamericano de la Clasificación de Enfermedades, 29
- Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, 20, 33, 151, 402
- Centro Panamericano de Zoonosis, 33, 59, 151, 402
- CEPAL (*véase* Comisión Económica para América Latina)
- Céspedes, Francisco (OEA), 7
- CIAP, Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso  
 (*véase bajo* Alianza para el Progreso)
- CIES (*véase* Consejo Interamericano Económico y Social)
- Clarke, Ellis (Trinidad y Tabago), 5
- Colombia  
 delegación, 3  
 observaciones sobre  
   contaminación de la atmósfera y del agua, 207  
   informe anual del Director, 40
- Coll, Héctor A. (OSP), 6
- Comisión de Credenciales, 9, 24, 24-25, 57
- Comisión Económica para América Latina, de las Naciones Unidas (CEPAL), 393, 440
- Comisión General, 9, 25-26, 26-27
- Comissioning, Leonard M. (Trinidad y Tabago), 5, 9, 40-42
- Comité Asesor en Erradicación de la Malaria, OPS, 117, 135
- Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas, OPS (CAIM), 88, 150-151, 153, 156, 402, 403, 404, 405-406
- Comité Asesor Permanente de Investigaciones Médicas, de las Antillas británicas, 151
- Comité Asesor sobre Planificación de Hospitales y otros Servicios de Salud, OPS (*véase* Hospitales)
- Comité de Asistencia para el Desarrollo (DAC), 125
- Comité Ejecutivo  
 elección de dos Gobiernos Miembros, 134  
 informe anual del Presidente, 26, 219-224  
 representación en reuniones del Consejo Directivo y de la Conferencia Sanitaria Panamericana, 168, 184  
 51ª Reunión, temas tratados, 219-220  
 52ª Reunión  
   fecha, 220  
   temas tratados, 220-224  
 53ª Reunión, convocatoria, 215
- Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso, CIAP (*véase bajo* Alianza para el Progreso)
- Confederación Médica Panamericana, 7
- Confederación Mundial de Fisioterapia, 7
- Conferencia Sanitaria Panamericana  
 estudio de la organización de la, 158-165, 165-168, 183-184  
 gastos de representantes y prácticas de otras organizaciones, 160-162  
 informe (anexo), 420-438  
   respuestas de los países, 427-438  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 221-222  
 modificaciones al Reglamento Interno, 187  
 XVII, lugar de la, 168-170
- Consejo Directivo  
 elección del Presidente y dos Vicepresidentes, 9, 25  
 elección de Presidente Provisional, 99  
 enmiendas al Reglamento Interno, 169, 185  
 mesa directiva y comisiones, 9  
 organización y preparativos, XVI Reunión, 220, 223  
 procedimiento para la presentación de informes, 195-198, 203  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 223
- Consejo Interamericano Económico y Social (CIES), 79, 111, 125, 152, 170

- CIES (*cont.*)  
 Terceras Reuniones Anuales, 147-148, 150  
 informe (anexo), 439-443  
 resoluciones relacionadas con la salud, 442-443  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 222-223
- Consejo Internacional de Enfermeras, 7
- Consejo Internacional de Servicios Judíos de Previsión y Asistencia Social, 7
- Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, 7
- Constitución de la OPS  
 aplicación del Artículo 6 con relación a la recaudación de cuotas, 27, 53, 131-132  
 enmiendas propuestas sobre la organización de la Conferencia, 158-165, 168-170, 184-185, 420-438
- Contaminación de la atmósfera y del agua en América Latina  
 discusión, 198-201, 204-207  
 informe (anexo), 407-410
- Costa, Oswaldo L. (OPS), 6
- Costa Rica  
 delegación, 3  
 observaciones sobre  
 contaminación de la atmósfera y del agua, 199, 204-205, 207  
 hospitales, 210  
 organización de la Conferencia, 162, 164  
 personal auxiliar, adiestramiento, 192  
 planes nacionales de salud, 140-141, 182  
 preparación de informes al Consejo Directivo, 198  
 presupuesto, 63  
 seguridad social, 97, 113
- Crecimiento demográfico (*véase* Dinámica de la población)
- Credenciales (*véase* Comisión de Credenciales)
- Cuba  
 delegación, 3  
 observaciones sobre  
 dinámica de la población, 86  
 enmiendas al Art. 7 de la Constitución de la OPS, 185  
 informe anual del Director, 42-43  
 malaria, 119  
 organización de la Conferencia, 167  
 personal auxiliar, adiestramiento, 190  
 preparaciones farmacéuticas, 86-87  
 seguridad social, 97-98
- Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación del Paludismo, 61, 133, 134, 346, 382, 383
- Cuotas, recaudación de, 73-74  
 aplicación del Art. 6 de la Constitución de la OPS con relación a, 27, 53, 131-132  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 220-221  
 (*véase también* Informe Financiero)
- Cutler, John C. (Director Adjunto, OSP), 6, 75-76, 147, 207-208
- Charnes, Marcos (OSP), 6
- Chelle, Rubén A. (Uruguay), 6
- Chile  
 delegación, 3  
 observaciones sobre  
 contaminación de la atmósfera y del agua, 199-201
- Chile (*cont.*)  
 dinámica de la población, 80-83  
 hospitales, 172-173, 210  
 informe anual del Director, 39  
 investigaciones, 153  
 organización de la Conferencia, 168  
 personal auxiliar, adiestramiento, 190  
 planes nacionales de salud, 144-145  
 preparaciones farmacéuticas, 85-86  
 seguridad social, 95-96, 115  
 transporte internacional de cadáveres, 209
- Christensen, H. M. (Federación Internacional de Odontología), 7
- DAC (Comité de Asistencia para el Desarrollo), 125
- da Silva, Oswaldo J. (OSP), 6, 115-117, 132-133, 133, 134-136
- Delva, Hubert (Haití), 4, 44, 63-64
- Deutschman, Zygmunt (Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas), 7
- Díaz Coller, Carlos (OSP), 6, 187-188
- Dinámica de la población, 46, 79, 80-83, 83, 83-84, 85, 86, 88-89, 89, 111, 157
- Director, OSP (*véase* Informe Anual del Director, e Informe Financiero)
- Discusiones Técnicas, "Métodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud", 11, 104, 194-195, 203-204
- Discusiones Técnicas, tema para la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, XVIII Reunión del Comité Regional para las Américas, 177-178, 193, 194, 201-202
- Donaciones de objetos de arte para el edificio de la Sede de la OPS, 10
- Drobny, Abraham (OSP), 6, 195
- Dubé, Paul C. (Canadá), 6
- Ecuador  
 delegación, 3-4  
 elección Comité Ejecutivo, 134  
 observaciones sobre  
 informe anual del Director, 48  
 malaria, 118-119, 121, 122  
 organización de la Conferencia, 159-160, 162, 163, 164, 165, 183-184  
 peste, 48
- Edificios e instalaciones para la Sede, OPS  
 discusión, 175-177, 186  
 donaciones de objetos de arte, 10  
 inauguración del nuevo edificio de la Sede, 9-10  
 informe (anexo), 447-450  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 222
- Educación y adiestramiento (*véase* Adiestramiento)
- Educación médica, 37, 60  
 (*véase también* Adiestramiento y Bibliotecas médicas)
- Eldridge, Alzora H. (OEA), 7, 163, 219
- Eliminación de aguas servidas (*véase* bajo Agua y Saneamiento ambiental)
- El Salvador  
 delegación, 4  
 observaciones sobre  
 hospitales, 210  
 informe anual del Director, 39-40  
 malaria, 39-40, 121-122  
 organización de la Conferencia, 167  
 personal auxiliar, adiestramiento, 190-191

- El Salvador (*cont.*)  
 planes nacionales de salud, 139-140  
 seguridad social, 98  
 tuberculosis, 40
- Enfermería, personal de, 36-37  
 (*véase también* Personal auxiliar)
- Epilepsia en las Américas  
 discusión, 213-215  
 informe (anexo), 411-412
- Esquivel, Roderick (Panamá), 5, 9, 11, 49, 92, 99, 112, 124, 131, 132, 133, 134, 137, 138, 143, 146, 148, 149-150, 150, 153, 157, 158, 160, 162, 162-163, 163, 164, 165, 165-166, 166, 167, 168, 170, 173-174, 175, 177, 181, 189-190, 201, 209, 210-211
- Estadísticas de salud, 11, 104, 156, 194-195, 203-204
- Estados Unidos de América  
 delegación, 4  
 observaciones sobre  
*Aedes aegypti*, 44-45  
 contaminación de la atmósfera y del agua, 205  
 dinámica de la población, 79, 111  
 informe anual del Director, 44-45  
 informe financiero, 56  
 investigaciones, 152-153, 182-183  
 malaria, 136  
 nutrición, 65-67  
 organización de la Conferencia, 160, 162, 163  
 preparación de informes al Consejo Directivo, 196  
 presupuesto, 65-67, 73  
 programa "Alimentos para la Paz", 66  
 seguridad social, 181  
 transporte internacional de cadáveres, 208-209, 213  
 viruela, 79, 106-107
- Estudio de las relaciones con los programas médicos de seguridad social (*véase* Seguridad social)
- FAO (*véase* Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación)
- Federación Internacional de Colegios de Cirujanos, 7  
 Federación Internacional de la Diabetes, 7  
 Federación Internacional de Hospitales, 7  
 Federación Internacional de Odontología, 7  
 Federación Mundial de Ergoterapeutas, 7  
 Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos, 7  
 Federación Mundial de Veteranos de Guerra, 7-8  
 Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, 211-212, 404  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 223
- Ferreira, Manoel José (Brasil), 3, 10, 11, 37-39, 68-69, 84-85, 112-113, 115, 122, 127-128, 136, 146-147, 148, 153, 158, 169, 170, 180-181, 191, 194, 201, 206, 210, 212, 219
- Fiebre aftosa, 20, 33, 151, 402  
 Conferencia Sudamericana Antiaftosa (Río de Janeiro, Brasil), 33
- Fiebre amarilla (*véase* *Aedes aegypti*, erradicación)
- Fine, Johnathan E. (Estados Unidos de América), 4
- Fish, Marjorie (Federación Mundial de Ergoterapeutas), 7
- Flishfisch, Humberto (OSP), 6, 170-172, 175
- Fondo para Abastecimiento Público de Agua, OPS, 61
- Fondo de Bienestar Rural, 34, 46
- Fondo de Donativos para el Fomento de la Salud: Fundaciones pro salud mundial, 77-78
- Fondo Especial de Asistencia para el Desarrollo, CIES, 441
- Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria, OPS (*véase* Malaria, Fondo Especial de la OPS)
- Fondo Especial para el Fomento de la Salud, OPS, 55, 61, 62, 177, 186
- Fondo Especial de las Naciones Unidas, 33, 59, 61, 139, 200
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 7, 27, 44, 47, 52, 66, 67, 69, 78, 108, 119, 122, 123, 134, 136, 188, 190, 192, 228, 237, 346, 385
- Fondo de Reserva para Edificios, OPS, 177, 186, 447
- Fondo Rotatorio de Emergencia, OPS, 63  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 222
- Fondo de Trabajo, OPS, 54, 55, 56, 63
- Fournier, Manuel Enrique (Costa Rica), 3
- Francia  
 delegación, 4  
 observaciones sobre  
*Aedes aegypti*, 46  
 contaminación de la atmósfera y del agua, 206-207  
 epilepsia, 214  
 informe anual del Director, 46-47  
 malaria, 121
- Frank, Beryl (OEA), 7, 219
- Frarey, Melvin E. (Unión Internacional de Protección a la Infancia), 8
- Fresnedo Siri, Román, 22, 447
- Fundación Milbank, 27, 37, 52, 89, 403
- Fundación Rockefeller, 8, 21, 27, 52
- Fundación W. K. Kellogg, 8, 16, 17, 21, 22, 27, 52, 55, 61, 62, 176, 447  
 discurso del Presidente en la sesión inaugural, 22
- Fundaciones pro salud mundial, 77-78, 80, 87, 138-139
- García Gutiérrez, José (OSP), 6
- Gardner, John W. (Secretario de Salud, Educación y Bienestar, Estados Unidos de América), 10, 15, 17-18
- Gillet, Brunetta K. (Confederación Mundial de Fisioterapia), 7
- González, Carlos Luis (*Participante, Discusiones Técnicas*), 11
- González, José (Federación Internacional de Hospitales), 7
- González, René (OSP), 6, 213-214
- Grove, Robert D. (Estados Unidos de América), 4
- Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica en América Latina, OPS  
 (*véase* Atención médica)
- Grupo de Estudio sobre Planificación de Salud, OPS, 391, 396-401
- Grupo de Estudio sobre Política de la Investigación Biomédica en América Latina, OPS, 403
- Grupo de Estudio sobre Transporte Internacional de Cadáveres, OPS, 413, 416-418
- Grupos de trabajo, composición, 10-11
- Guatemala  
 delegación, 4  
 elección, Comité Ejecutivo, 134

- Guatemala (*cont.*)  
 observaciones sobre  
 hospitales, 211  
 informe anual del Director, 40  
 planes nacionales de salud, 143  
 preparación de informes al Consejo Directivo, 196,  
 198, 203  
 presupuesto, 63  
 viruela, 102
- Gueunier, Jean (Francia), 4
- Guzmán Lander, Domingo (Venezuela), 6
- Haití  
 delegación, 4  
 observaciones sobre  
 epilepsia, 215  
 informe anual del Director, 44  
 organización de la Conferencia, 166, 166-167  
 planes nacionales de salud, 144  
 presupuesto, 63-64
- Henny, Christine Yvonne (Reino de los Países Bajos), 5,  
 219
- Higiene mental (*véase* Salud mental)
- Hilleboe, Herman E. (*Participante, Discusiones Técnicas*), 11
- Hoge, Vane M. (Federación Internacional de Hospitales),  
 7
- Hollis, Mark D. (OSP), 6, 198-199
- Honduras  
 delegación, 4  
 observaciones sobre  
 informe anual del Director, 48-49  
 malaria, 119  
 personal auxiliar, adiestramiento, 192  
 planes nacionales de salud, 141  
 poliomieltis, 48-49  
 presupuesto, 68
- Horwitz, Abraham (Director, OSP; Miembro y Secretario *ex officio* del Consejo), 6, 9, 10, 15, 70-71, 87-89,  
 109-110, 136-137, 156-157, 164, 167-168, 181, 185-186,  
 193, 196-197, 211, 219  
 discurso en la sesión inaugural, 22-24  
 presentación del informe anual, 27-37, 50-52  
 presentación del proyecto de programa y presupuesto,  
 57-61
- Hospitales, planificación de, y otros servicios de salud, 35,  
 41, 94  
 discusión, 170-173, 175, 185-186, 209-211  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 223  
 (*véase también* Atención médica y Seguridad social)
- Hyronimus, Raymond G. (Francia), 4, 46-47, 121, 206-  
 207, 214
- INCAP (*véase* Instituto de Nutrición de Centro América  
 y Panamá)
- Informe Anual del Director, OSP  
 discusión, 27-43, 43-50, 50-52  
 presentación por el Director, 27-37, 50-52  
 (*véase también* Informe Financiero)
- Informe Final, aprobación y firma, 215
- Informe Financiero del Director e Informe del Auditor  
 Externo, 53-57  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 220
- Informes al Consejo Directivo, presentación de (*véase*  
*bajo* Consejo Directivo)
- Instituto de Higiene del Trabajo e Investigación de la  
 Contaminación Atmosférica (Chile), 200
- Instituto Interamericano del Niño (Uruguay), 163
- Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y  
 Social (Chile), 28, 141, 142, 391
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá  
 (INCAP), 17-18, 35-36, 47, 55, 61, 68, 70, 145, 151, 156,  
 402  
 apoyo técnico y financiero al, 150  
 becas del, 36, 69  
 contribución adicional de la OPS al, 54, 60, 63, 64, 65,  
 150  
 intervención del Director del INCAP, 69
- Instituto Oswaldo Cruz (Brasil), 389
- Institutos Nacionales de Higiene (EUA), 120, 151, 153,  
 156, 234, 402
- Investigación Interamericana sobre Mortalidad, 156
- Investigaciones, política y programa de la OPS sobre  
 discusión, 150-158, 182-183  
 informe (anexo), 402-406
- Jamaica  
 delegación, 4-5  
 observaciones sobre  
*Aedes aegypti*, 47-48  
 contaminación de la atmósfera y del agua, 205-206  
 hospitales, 173  
 informe anual del Director, 47-48  
 organización de la Conferencia, 167  
 planes nacionales de salud, 142-143
- Jenney, E. Ross (OSP), 6
- Jiménez Gandica, José (OSP), 6
- Kellogg, Fundación (*véase* Fundación W. K. Kellogg)
- Laboratorios para control de preparaciones farmacéuticas,  
 84, 85, 86, 87-88, 149
- LaMarsh, Judy (Canadá), 6
- Layton, Basil D. B. (Canadá), 6, 49-50
- Leet, Glen F. (Unión Internacional de Protección a la  
 Infancia), 8
- Lepra, 32, 46-47
- Lesser, Arthur J. (Consejo Internacional de Servicios  
 Judíos de Previsión y Asistencia Social), 7
- Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 8
- Linder, Forrest E. (Estados Unidos de América), 4
- Logan, W. P. D. (*Participante, Discusiones Técnicas*), 11
- Lutchman, Solomon S. (Trinidad y Tabago), 5, 176-177,  
 184, 194-195
- Magnussen, Ann (Liga de Sociedades de la Cruz Roja), 8
- Maia Penido, Henrique (OSP), 6
- Malaria, erradicación en las Américas, estado de, 30-31,  
 39, 71, 85  
 discusión, 115-124, 132-133, 173-175, 178  
 declaración del Jefe, Departamento de Erradicación  
 de la Malaria, OSP, 115-117, 132-133  
 informes de los países, 117-124  
 informe (anexo), 225-238  
 cuadros, 239-245  
 financiamiento del programa, 133, 173-175, 178

- Malaria, erradicación (*cont.*)  
     informe (anexo), 382-383  
     *Comité Ejecutivo, informes finales*, 220  
 Malaria, Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria, 61, 133, 134, 238, 382, 383  
     cálculo de los requerimientos, 134-138, 173-175, 178  
     informe (anexo), 346  
     cuadros, 347-381  
 Malaria, Seminarios sobre la Misión de los Servicios Generales de Salud en la Erradicación de la Malaria, 30, 117, 133  
 Márquez Escobedo, Manuel B. (México), 5, 10, 121, 219  
 Martínez, Pedro Daniel (México), 5, 9, 10, 11, 107-108, 114-115, 131, 143-144, 181, 187, 191, 210  
 Martínez Rodríguez, Ramón (Cuba), 3, 119  
 May, Jacques M. (Estados Unidos de América), 219  
 McKenzie-Pollock, James S. (OSP), 6, 139, 145  
 Medicamentos, control de (*véase* Preparaciones farmacéuticas)  
 "Medicina simplificada", programa de, 68, 189, 192  
 Mesa Directiva del Consejo, 9  
     elección del Presidente y dos Vicepresidentes, 25  
 México  
     delegación, 5  
     observaciones sobre  
         informe anual del Director, 47  
         hospitales, 210  
         malaria, 121  
         personal auxiliar, adiestramiento, 191, 203  
         planes nacionales de salud, 143-144  
         seguridad social, 114-115, 181  
         viruela, 107-108  
 "Milbank Memorial Fund", 27, 37, 52, 89, 403  
 Moore, Clarence H. (OSP), 6  
 Mora, José A. (Secretario General, OEA), 7, 10, 15, 18-21  
 Moreno Valle, Rafael (México), 5, 10, 15, 15-17, 24, 25, 47  
 Moreno Velázquez, Carlos A., (Costa Rica), 219  
 Moriyama, Iwao N. (Estados Unidos de América), 4  
 Morris, Emory W. (Fundación W. K. Kellogg), 8, 10, 15, 22  
 Mortalidad (*véase* Investigación Interamericana sobre Mortalidad)  
 Motezuma Ginnari, Juan (Venezuela), 219  
 Muñoz, Juan Jacobo (Colombia), *Vicepresidente del Consejo Directivo*, 3, 9, 25, 40, 75, 79, 80, 89, 93, 99, 104  
 Naciones Unidas, 7, 50  
     Programa Ampliado de Asistencia Técnica, 61, 78, 134, 135, 346  
 Newton, Bernice (OMS), 6  
 Nicaragua  
     delegación, 5  
     observaciones sobre  
         informe anual del Director, 47  
         malaria, 121  
         organización de la Conferencia, 167  
         seguridad social, 113  
 Nicholson, Charles C. (Reino Unido), 5, 47, 79-80, 120-121, 180  
 Nutrición, 35-36, 42, 65-67  
     (*véase también* Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá)  
     Observadores, 7-8  
     Oficina Internacional del Trabajo (OIT), 7, 90  
     Olguín, Victorio V. (Argentina), 3  
     Oñativia, Arturo (Argentina), 3, 83-84, 98-99, 141-142, 149, 154, 158, 172  
     Orellana, Daniel (Venezuela), 219  
     Organización de los Estados Americanos (OEA), 7, 89, 92, 152, 154, 440  
         discurso del Secretario General en la sesión inaugural, 18-21  
         intervención de la observadora, 163  
         Programa de Cooperación Técnica, 20, 33, 55, 60, 61  
         (*véase también* Alianza para el Progreso y Consejo Interamericano Económico y Social)  
     Organización Mundial de la Salud  
         Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo, 61, 133, 134, 346, 382, 383  
         discurso del Director General en la sesión inaugural, 21-22  
         programa y presupuesto, Región de las Américas, 72-73  
         resoluciones de interés para el Comité Regional, 75-89, 111-112, 148-150, 204  
     Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), 27, 52, 66, 125  
     Organizaciones no gubernamentales, aportaciones de, para actividades de salud, 77, 80, 138-139  
     Oribe, Emilio N. (Uruguay), 5-6  
     Osborne, David P. (Federación Internacional de Colegios de Cirujanos), 7  
     Países Bajos (*véase* Reino de los Países Bajos)  
     Paludismo (*véase* Malaria)  
     Panamá  
         delegación, 5  
         observaciones sobre  
             informe anual del Director, 49  
             investigaciones, 155-156  
             organización de la Conferencia, 164-165, 166, 168  
             personal auxiliar, adiestramiento, 189-190  
             planes nacionales de salud, 142  
             representación del Comité Ejecutivo en reuniones del Consejo Directivo y la Conferencia, 184  
             seguridad social, 92, 93, 99, 112, 113, 181  
     Paraguay  
         delegación, 5  
         observaciones sobre  
             informe anual del Director, 44  
             malaria, 123  
             organización de la Conferencia, 166  
             viruela, 44, 105-106  
     Paredes Crespo, Gonzalo (Ecuador), 4, 134, 158  
     Participantes, 3-8  
     Peraza, José Antonio (Honduras), *Vicepresidente del Consejo Directivo*, 4, 9, 25, 48-49, 68, 119, 141  
     Pereda O., Enrique (*Participante, Discusiones Técnicas*), 11  
     Perkinson, Jesse (OEA), 7  
     Personal, OSP, enmiendas al Reglamento del, 212-213  
         *Comité Ejecutivo, informes finales*, 221  
     Personal auxiliar, adiestramiento de, 29, 36-37, 187-193, 203

- Perú  
 delegación, 5  
 observaciones sobre  
 contaminación de la atmósfera y del agua, 205-207  
 dinámica de la población, 78-79, 89  
 enmiendas al Art. 7 de la Constitución, OPS, 185  
 epilepsia, 214  
 INCAP, 70, 150  
 informe anual del Director, 45-46  
 informe financiero, 55-56  
 investigaciones, 154, 183  
 malaria, 117-118, 122-123  
 organización de la Conferencia, 162, 163, 164  
 personal auxiliar, adiestramiento, 188  
 peste, 67-68  
 planes nacionales de salud, 45-46, 182  
 preparación de informes al Consejo Directivo, 195-196, 197-198  
 presupuesto, 67-68  
 seguridad social, 96-97, 113, 181  
 transporte internacional de cadáveres, 209  
 viruela, 67-68, 78, 102-103, 108, 180  
 Peste, 33-34, 48, 67-68, 71  
 Philippeaux, Gérard (Haití), 4, 11, 144, 147-148, 148, 166, 166-167, 215  
 Pichardo Sardá, Manuel E. (República Dominicana), 5, 49, 69, 123, 192-193  
 Pineda Muñoz, Carlos A. (Honduras), 4, 192  
 Planes nacionales de salud, 28-30  
 discusión, 139-145, 181-182  
 informe (anexo), 391-401  
 cuadros, 393, 394, 396  
 Planificación de hospitales y otros servicios de salud (véase Hospitales)  
 Población (véase Dinámica de la población)  
 Portner, Stuart (OSP), 6, 53-55, 56-57, 61-63, 64, 72, 73, 73-74, 145-146, 175, 176, 212-213  
 Posada, Jaime (OEA), 7  
 Preparaciones farmacéuticas, control de, 77, 84, 85-86, 86-87, 87-88, 111-112, 148-150  
 Presentación de informes al Consejo Directivo, 195-198, 203  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 223  
 Presidente del Consejo, (véase Mesa Directiva)  
 Presupuesto (véase Programa y presupuesto)  
 Prieto, Claudio L. (Paraguay), 5, 10, 44, 105-106, 123, 158, 166, 186-187  
 Programa Ampliado de Asistencia Técnica, Naciones Unidas (véase bajo Naciones Unidas)  
 Programa de Cooperación Técnica, OEA, 20, 33, 55, 60, 61 (véase también Consejo Interamericano Económico y Social)  
 Programa Mundial de Alimentos, 67  
 Programa y presupuesto, OSP, 1966  
 discusión, 57-64, 65-72  
 presentación de la OSP, 57-63, 64  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 220  
 (véase también Cuotas e Informe Financiero)  
 Programa y presupuesto, OSP, anteproyecto de 1967, 73, 75  
 contribución adicional al INCAP, 54, 60, 63, 64, 65  
 Programa y presupuesto de la Región de las Américas, OMS, 1967, 72-73  
 Programa de temas del Consejo  
 adopción, 25  
 texto, 12  
 Puffer, Ruth R. (OSP), 6, 11  
 Punta del Este, Carta (véase Carta de Punta del Este)  
 Quero Molares, José (OSP), 6  
 Quirós Salinas, Carlos (Perú), 5, 9, 11, 26, 45-46, 55-56, 67-68, 70, 78-79, 89, 96-97, 102-103, 104, 108, 113, 117-118, 122-123, 129-130, 133, 150, 154, 158, 162, 163, 164, 180, 181, 182, 183, 185, 188, 195, 197-198, 205, 207, 209, 214, 215-216, 219  
 Racionalización administrativa en la OSP  
 discusión, 145-147, 150  
 informe (anexo), 444-446  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 221  
 Randall, Julia S. (Consejo Internacional de Enfermeras), 7  
 Recaudación de cuotas (véase Cuotas)  
 Reglamento de Personal, OSP (véase Personal, OSP)  
 Reino de los Países Bajos  
 delegación, 5  
 Reino Unido  
 delegación, 5  
 observaciones sobre  
 aportaciones financieras no gubernamentales para actividades de salud (fundaciones pro salud mundial), 79-80, 138-139  
 informe anual del Director, 47  
 malaria, 120-121  
 viruela, 180  
 Rendueles, Roberto (OSP), 6  
 Renjifo Salcedo, Santiago (OSP), 6  
 Representantes y otros participantes, 3-8  
 República Dominicana  
 delegación, 5  
 observaciones sobre  
 informe anual del Director, 49  
 malaria, 123  
 personal auxiliar, adiestramiento, 192-193  
 Resoluciones de la OMS de interés para el Comité Regional, 75-89, 111-112, 148-150, 204  
 Reunión de Ministros de Salud—Grupo de Estudio (1963), 45, 51, 95, 170  
 Ristori Costaldi, Conrado (Chile), *Relator, Discusiones Técnicas*, 3, 11, 104, 190, 194, 199, 201, 209, 210, 215  
 Rivera Castaing, Edison (Costa Rica), 3, 10, 63, 97, 99, 113, 126-127, 140-141, 162, 164, 182, 192, 194, 198, 199, 207, 210  
 Rodríguez, Luis Alberto (Naciones Unidas), 7  
 Rodríguez Olazábal, José, (OSP), 6  
 Rojas Suere, Guillermo (Panamá), 219  
 homenaje a la memoria de, 215-216  
 Root, Howard F. (Federación Internacional de la Diabetes), 7  
 Rozitehner, Enrique Mauricio (Argentina), 3  
 Ruiz, José Carlos (OEA), 7  
 Saldaña, José Antonio (El Salvador), 4, 9, 24-25, 39-40, 57, 98, 104, 167



- Salud mental, 47, 213-214, 411-412  
 Centro de Información en Salud Mental de Latino América (CISMLA), 214, 411, 412  
 Seminario del Caribe sobre Salud Mental (Jamaica), 47  
 Salzman, O. Howard (OEA), 7  
 Saneamiento ambiental, 34-35, 39, 43, 45, 48, 65, 68  
 (véase también Agua y Contaminación de la atmósfera y del agua)
- Sanz de Santamaría, Carlos (*Presidente del Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso*), 124-126, 130-131
- Scorzelli, Achilles, Jr. (Brasil), 3, 10, 103, 148-149
- Secretario del Consejo (véase Mesa Directiva)
- Sede de la OPS (véase Edificios e instalaciones)
- Sedwitz, Walter (OEA), 7
- Seguridad social, relaciones de los programas médicos de, con los programas de los Ministerios de Salud  
 discusión, 89-92, 93-99, 112-115, 180-181  
 tema para las Discusiones Técnicas (1966), 202
- Shriemisier, Hemradj (Reino de los Países Bajos), 5
- Siegel, Milton P. (Subdirector General, Organización Mundial de la Salud), 6, 77-78, 87, 219
- Smit, A. G. O. (Reino de los Países Bajos), 219
- Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea, 8
- Soper, Fred L., *Director Emérito, OSP*, 15
- Specht, Heinz (Estados Unidos de América), 4
- Subcomité Permanente de Edificios y Obras (véase Edificios e instalaciones)
- SURSAN, Superintendencia de Urbanismo y Saneamiento (Brasil), 35
- Sutter, Víctor A. (Subdirector, OSP), 6, 24, 25, 25-26, 26-27, 71, 72, 75, 111, 112, 134, 138-139, 158-159, 160, 160-162, 168-169, 177-178, 182-183, 183-184, 184, 184-185, 185, 186, 202, 202-203, 203, 203-204, 204, 204-205, 209, 213, 215
- Sznajder, Jaime (Confederación Médica Panamericana), 7
- Terry, Luther L. (Estados Unidos de América), 4, 25
- Tjon Sie Fat, H. C. (Reino de los Países Bajos), 5
- Transporte internacional de cadáveres  
 discusión, 207-209, 213  
 informe (anexo), 413-419  
*Comité Ejecutivo, informes finales*, 224
- Trinidad y Tabago  
 delegación, 5  
 observaciones sobre  
*Aedes aegypti*, 42  
 edificios e instalaciones, OPS, 176-177, 186  
 informe anual del Director, 40-42  
 nutrición, 42  
 planes nacionales de salud, 40-42
- Trippe, Alton D. (Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea), 8
- Tuberculosis, 32, 41, 46, 52, 65
- Tuller, Josephine V. (Unión Internacional contra las Enfermedades Venéreas y las Treponematosis), 8
- UNICEF, (véase Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)
- Unión Internacional de Arquitectos, 8
- Unión Internacional contra las Enfermedades Venéreas y las Treponematosis, 8
- Unión Internacional de Protección a la Infancia, 8
- Uruguay  
 delegación, 5-6  
 observaciones sobre  
 investigaciones, 155  
 organización de la Conferencia, 162, 166
- Valdivieso, Ramón (Chile), 3, 10, 39, 80-83, 85-86, 95-96, 115, 144-145, 153, 168, 172-173
- Vargas Méndez, Oscar (Director Regional del UNICEF para las Américas), 7
- Vásquez, Rafael (Panamá), 5
- Venezuela  
 delegación, 6  
 observaciones sobre  
*Aedes aegypti*, 43-44  
 dinámica de la población, 83  
 epilepsia, 214-215  
 hospitales, 173  
 informe anual del Director, 43-44  
 investigaciones, 155  
 malaria, 119-120  
 organización de la Conferencia, 163, 163-164, 165  
 personal auxiliar, adiestramiento, 189, 192  
 planes nacionales de salud, 43  
 presupuesto, 68  
 saneamiento ambiental, 68  
 tuberculosis, 43  
 viruela, 108-109, 179-180
- Vicepresidentes del Consejo (véase Mesa Directiva)
- Villarreal, Ramón (OSP), 6, 211-212
- Viruela, erradicación de la, 31-32, 44, 59, 65, 67-68, 70, 76-77, 78, 84-85  
 discusión, 99-104, 105-110, 178-180, 202-203  
 informe (anexo), 384-390  
 cuadros, 385, 387, 388
- Viruela, programa mundial, apoyo al, por países de las Américas, 99-104, 105-110
- Votos de gracias, 216
- Walters, Robina May (Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea), 8
- Ware, J. (Unión Internacional de Arquitectos), 8
- Warner, Y. (OMS), 6
- Wedderburn, Charles C. (Jamaica), 4-5, 47-48, 104, 219
- Weir, John M. (Fundación Rockefeller), 8
- Williams, Charles L., Jr. (Estados Unidos de América), *Presidente del Comité Ejecutivo, y Director de Debates, Discusiones Técnicas*, 4, 9, 10, 11, 26, 53, 65-67, 73, 75, 79, 99, 104, 106-107, 111-112, 148, 152-153, 158, 179, 181, 187, 196, 201, 208-209, 210, 211, 219  
 informe como Presidente del Comité Ejecutivo, 26, 219-224
- "Williams Waterman Fund", 27
- Wills, Gerardo E. (Venezuela), 6
- Wilson, Simon N. (Estados Unidos de América), 4, 219
- Yépez Aschieri, Miguel Eduardo (Ecuador), 3, 9, 10, 48, 118-119, 121, 122, 159-160, 162, 163, 164, 165, 166
- Zoonosis, Centro Panamericano de Zoonosis, 33, 59, 151, 402