

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XIV Reunión

Washington, D. C.
Septiembre 1963

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XV Reunión

Tema 13 del proyecto de programa

CD14/11 (Esp.)

24 Julio 1963

ORIGINAL: INGLES

REUNION DE MINISTROS DE SALUD - GRUPO DE ESTUDIO, CELEBRADA DE ACUERDO CON LA RESOLUCION A.4 DE LA CARTA DE PUNTA DEL ESTE

La Resolución A.4 de la Carta de Punta del Este, titulada Grupos de estudio para tareas de programación, reconoce que es esencial una adecuada programación nacional de las actividades fundamentales, como las de salud pública. Reconoce también que en ciertos campos, como el de la salud pública, los temas son de carácter tan especializado que requieren un estudio detallado, realizado por expertos, con el objeto de orientar a los Gobiernos en la formulación de planes y programas nacionales. La misma Resolución recomienda "Que el Secretario General de la Organización de los Estados Americanos nombre inmediatamente grupos de estudio para llevar a cabo investigaciones y análisis que, aprovechando las experiencias de los Estados miembros, preparen informes y lleguen a conclusiones de carácter general para la América Latina en los campos de la educación, de la reforma agraria y el desarrollo agrícola y de la salud pública, que puedan servir de antecedentes y ser tomados en cuenta por los gobiernos de los Estados miembros en la preparación de sus programas nacionales de desarrollo...." Asimismo, en la Recomendación 4 de la Resolución se dispone "Que el grupo encargado del estudio de la salud, organizado por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana, evalúe los problemas predominantes y sugiera líneas generales de acción de efecto inmediato, para el control o erradicación de enfermedades transmisibles, el saneamiento, sobre todo en el abastecimiento de agua y la eliminación de aguas negras; para la disminución de la mortalidad infantil y especialmente de recién nacidos y el mejoramiento de la nutrición. Que recomiende, asimismo, medidas para la educación y el adiestramiento de personal y para el mejoramiento de los servicios de salud".

De conformidad con estas recomendaciones, el Director de la OSP convocó, en nombre del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, una reunión de Ministros de Salud - Grupo de Estudio, que se celebró en Washington, D.C., del 15 al 20 de abril, y para la que se utilizaron fondos asignados a este fin por la Organización de los Estados Americanos. Entre los preparativos de esta reunión, figuró la convocatoria de grupos de estudio sobre saneamiento del medio, planes nacionales de salud, enseñanza médica, nutrición, atención médica, estadísticas de salud,

clasificación internacional de enfermedades e investigaciones médicas, que examinaron los problemas de salud en relación con las metas establecidas por la Alianza para el Progreso y recomendaron medidas para alcanzarlas. Además, el personal de la Oficina llevó a cabo estudios con el propósito de facilitar más información básica. Todo este material se facilitó como documentación básica para la Reunión de Ministros de Salud - Grupo de Estudio.

El Informe Final de la Reunión de Ministros de Salud - Grupo de Estudio, que, de conformidad con el párrafo 8 de la Resolución A.4 de la Carta de Punta del Este, fue transmitido por mediación del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana al Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, se somete ahora al Consejo Directivo para su información y efectos oportunos.

Anexo



REUNION DE MINISTROS DE SALUD - GRUPO DE ESTUDIO*

WASHINGTON, D.C., 15 - 20 ABRIL 1963

TFH/14, Rev. 1 (Esp.)
30 abril 1963
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

INFORME FINAL

* Organizada a través de la Oficina Sanitaria Panamericana de acuerdo con la Resolución A.4 de la Carta de Punta del Este, firmada durante la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial el 17 de agosto de 1961.

I N D I C E

	<u>Página</u>
I. Exposición de motivos	1
II. La salud en el desarrollo económico y social de las Américas	3
III. Los grandes problemas de la salud en las Américas	7
IV. Criterios para establecer prioridades en los problemas de salud	10
V. El presente de la salud en las Américas y sus perspectivas futuras	13
VI. Medidas que se recomiendan para cumplir el Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso	28
A. Medidas de carácter específico	30
A.1 Erradicación de la malaria	30
A.2 Control de la tuberculosis	37
A.3 Erradicación de la viruela	41
A.4 Enfermedad de Chagas	44
A.5 Nutrición	45
A.6 Saneamiento del medio	49
B. Medidas de carácter general	54
B.1 Planes nacionales de salud	54
B.2 Mejoramiento de los servicios de salud	60
B.3 Educación y adiestramiento	67
B.4 Investigación	76
B.5 Aumento en un mínimo de cinco años de la expectativa de vida al nacer, durante el decenio	79
VII. Recomendaciones	83
A.1 Erradicación de la malaria	83
A.2 Tuberculosis	85
A.3 Erradicación de la viruela	87
A.4 Enfermedad de Chagas	88
A.5 Nutrición	90
A.6 Saneamiento del medio	92

I N D I C E (cont.)

	<u>Página</u>
B.1 Planificación de la salud	95
B.2 Mejoramiento de los servicios de salud	98
B.3 Educación y adiestramiento de los profesionales de salud, en general	101
B.4 Investigaciones	105
B.5 Aumento en un mínimo de cinco años de la expectativa de vida al nacer, durante el decenio	107
C.1 Mercado Común Latinoamericano de productos biológicos	109
C.2 Calidad y costos de las drogas esenciales	111
C.3 Participación de la mujer en el Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso	112
C.4 Comisiones Nacionales Pre-Alianza para el Progreso	113
C.5 Coordinación con los Organismos Internacionales	114
VIII. Declaración Final	115

I. EXPOSICION DE MOTIVOS

La Carta de Punta del Este en su Resolución A.4 establece que el Secretario General de la Organización de los Estados Americanos reunirá Grupos de Estudio en diversos campos del desarrollo económico y social, con el propósito de analizar los problemas de mayor significado y recomendar las medidas para su solución, "que puedan servir de antecedentes y ser tomados en cuenta por los gobiernos de los Estados miembros en la preparación de sus programas nacionales de desarrollo". En lo que respecta a salud, la resolución mencionada señala que el Grupo de Estudio respectivo se organizará por intermedio de la Oficina Sanitaria Panamericana. Específicamente, le ha encomendado que "evalúe los problemas predominantes y sugiera líneas generales de acción de efecto inmediato para el control o erradicación de enfermedades transmisibles, el saneamiento, sobre todo en el abastecimiento de agua, y la eliminación de aguas negras; para la disminución de la mortalidad infantil, especialmente entre los recién nacidos, y el mejoramiento de la nutrición. Que recomiende, asimismo, medidas para la educación y adiestramiento de personal y para el mejoramiento de los servicios de salud". (Resolución A.4.4).

Considerando la diversidad de los problemas que enuncia esta resolución, la Oficina Sanitaria Panamericana reunió previamente una serie de Comités de Expertos del Continente, para analizar el estado actual de cada uno de esos problemas y sugerir las medidas de orden práctico con el fin de cumplir los objetivos que señala la Carta de Punta del Este, en particular el Plan Decenal de Salud que aparece en la Resolución A.2 de dicho

documento. Los informes de cada Comité, unidos a los de técnicos de la Oficina Sanitaria Panamericana, puestos oportunamente a disposición de los Gobiernos, han servido de antecedente valioso para la organización del Grupo de Estudio de la salud. Se estimó de toda conveniencia que su constitución fuera de nivel ministerial con el fin de aunar las opiniones de quienes tienen la responsabilidad de la solución del problema en las Américas.

En Washington, D. C., en el International Inn, se reunió el Grupo encargado del estudio de la salud, del 15 al 20 de abril de 1963, constituido por los Ministros de Salud de los Gobiernos signatarios de la Carta de Punta del Este o sus representantes cuyos nombres figuran en la Lista de Participantes, (Anexo I). El Grupo de Estudio celebró 8 sesiones plenarias y 4 sesiones de la Comisión I y 3 sesiones de la Comisión II. En el curso de las mencionadas sesiones se trataron los temas que figuran en el correspondiente Programa (Anexo II).

II. LA SALUD EN EL DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL DE LAS AMERICAS

El Acta de Bogotá y la Carta de Punta del Este revelan la voluntad de los Gobiernos de las Américas de aunar sus esfuerzos para promover simultáneamente el bienestar social y el crecimiento económico. Tal decisión pone de manifiesto que el propósito fundamental del desarrollo es el bienestar, como consecuencia de mejores condiciones de vida. Se gesta una alianza para el progreso, entendido este último como el perfeccionamiento de la capacidad de los hombres para mejorar su medio social y para vivir en armonía. Las medidas que se proponen apuntan al crecimiento de la economía, de la producción y de la productividad y, en el orden social, al mejoramiento de la salud, educación, vivienda y alimentación, trabajo y recreación, entre las de mayor significado. Hay consenso para pedir que, en la asignación de los recursos nacionales y exteriores, se considere en sus justas proporciones el fomento de la economía y del bienestar, armonizando necesidades y recursos en un solo programa para cumplir objetivos definidos.

Una población sana y activa es fundamental para la economía y el progreso social. La salud es, por lo tanto, componente esencial del desarrollo y del nivel de vida. Los fondos que se erogan para el cuidado de la salud representan una inversión, una fuente de productividad y no un gasto. Su rendimiento puede medirse en una mejor capacidad de los miembros de una sociedad para crear, producir, invertir y consumir. Puede medirse, igualmente, por la mayor riqueza natural que se obtiene como consecuencia de las acciones sanitarias.

Visto desde otro ángulo, el mejoramiento en la salud implica una elevación de los niveles de vida que favorece fundamentalmente a los grupos de bajos ingresos de nuestras comunidades. En consecuencia contribuye, en forma destacada, a cumplir con una de las finalidades más importantes del proceso de desarrollo, como es la de producir una mejor distribución de un ingreso real creciente.

Parece apropiado recordar que la cooperación internacional en materia de salud se inició con el propósito de reducir las pérdidas ocasionadas por las grandes epidemias al restringir el intercambio comercial entre los países. La Oficina Sanitaria Internacional - hoy Oficina Sanitaria Panamericana - fue creada a fines de 1902 como un organismo asesor de los Gobiernos con los fines ya señalados. Fue un propósito humanitario, unido a otro de carácter económico, que muestran la visión de los estadistas y técnicos de aquella época, además de un ejemplo precursor de las íntimas y recíprocas relaciones entre salud y desarrollo.

Actualmente, sólo por excepción se observan grandes epidemias. Los problemas de salud tienden a reflejar las características de cada ambiente y de la influencia que éste tiene sobre los seres que lo habitan. En estas condiciones, las acciones para obtener la salud - que no siempre han sido consideradas en sus relaciones recíprocas con otras funciones sociales - deben plantearse como propias de cada comunidad, con técnicas específicas para la prevención y curación de las enfermedades y adaptadas a las condiciones sociales y culturales de las poblaciones. No ha habido todavía integración de las acciones, ni en los servicios respectivos, ni a nivel de las familias, teóricamente constituidas en unidad de trabajo; sólo ha

sido dable observar una coordinación muy relativa. En todo caso, si se ha realizado en algún medio social, lo ha sido sin relación con las demás funciones generadoras de bienestar de las comunidades. Tampoco, ha existido un estudio cuidadoso para el equilibrio entre necesidades y recursos dentro del ámbito nacional, y los presupuestos de salud no han cubierto las acciones indispensables al cumplimiento de objetivos definidos, sino que han sido sólo una nómina de gastos probables sin conexión con un programa de trabajo. Por tal razón, la inversión total en este tipo de prestaciones no ha alcanzado la debida proporción dentro del ingreso nacional.

Más aún, es absolutamente inferior a las necesidades obvias en todos los países. Por ello se recomienda un aumento sustancial y progresivo de los presupuestos para salud, de acuerdo con planes racionalmente formulados. Se reconoce que en algunos países las sumas actuales deberán aún duplicarse.

Sólo en los años recientes comienza a abrirse paso la idea de que los progresos en salud se mantienen estacionarios, y se deterioran con el tiempo cuando el lento crecimiento económico no alcanza a financiar las funciones destinadas a satisfacer requerimientos básicos de la población. Hay conciencia hoy de que los programas de salud forman parte -y no están segregados- de la planificación general del desarrollo. Es éste el método que se recomienda en la Carta de Punta del Este. En el concepto y en la práctica, el plan debe fundarse en las necesidades de orden social y en los recursos económicos indispensables. Cuando éstos son insuficientes procede establecer un orden de importancia de los problemas dentro de cada sector. Ello implica definir los criterios para establecer prioridades en cada función social y facilitar así la adjudicación de recursos dentro del plan general de desarrollo. A medida que la economía se incrementa,

el ingreso nacional se redistribuirá de acuerdo con dichas prioridades, las que, a su vez, incluirán objetivos concretos para realizarse en un período determinado.

Definida la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, la interpretamos, a la luz de la Carta de Punta del Este, como un componente fundamental del desarrollo. Esta proposición reafirma que el hombre es la síntesis de todos los esfuerzos de una sociedad, el objeto, el fin y la medida de todas las cosas, y por ello es de primordial importancia mejorar sus condiciones de vida y procurar su bienestar personal, tanto material como moral. La salud ha llegado a ser considerada como un derecho a la par con otros derechos fundamentales de la humanidad. La idea de que las sociedades tienen una responsabilidad en la salud y deben intervenir activamente para mejorarla, podrá ser de origen reciente, pero es indiscutible. Por esta razón y como ya se ha reconocido "el mejoramiento de las condiciones de salud no sólo es deseable en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte indispensable de los programas de desarrollo de la región". (Resolución A.2)

Los Gobiernos del Continente, al firmar la Carta de Punta del Este, se han comprometido a cumplir los objetivos en salud que aparecen en el Título I denominado "Objetivos de la Alianza para el Progreso" y la Resolución A.2, que enuncia un Plan Decenal de Salud.

Corresponde analizar los problemas de salud de las Américas y las posibilidades prácticas de resolverlos progresivamente de acuerdo con el espíritu y la letra de la Carta.

III. LOS GRANDES PROBLEMAS DE LA SALUD EN LAS AMERICAS

Los fenómenos biológicos que condicionan la salud y la enfermedad varían apenas de una a otra persona, según sus características constitucionales o nutricionales. Sus manifestaciones sociales, en cambio, son, en buena medida, la resultante de factores del medio, que se modifican con el tiempo y difieren según cual sea el lugar que se considere. La salud representa para algunos la capacidad de adaptación de cada ser humano a un ambiente en permanente evolución. El ambiente, a su vez, se modifica y perfecciona con el desarrollo, vale decir, con la aplicación de la tecnología moderna para promover bienestar. Consecuentemente, todo mejoramiento del medio repercutirá favorablemente en la salud.

Las Américas no son excepción a este aserto, de tal manera que los problemas de salud reflejan, en los distintos países, las tendencias del desarrollo.

De un análisis de los índices demográficos, tales como los de morbilidad y mortalidad, estructura de la población en su ritmo de crecimiento, su distribución en el medio urbano y rural y las características de la fuerza del trabajo, es posible deducir la naturaleza de los problemas de salud prevalentes. Si estos antecedentes se relacionan con datos de carácter económico -como son la producción industrial y agrícola, el ingreso nacional, el ingreso promedio por personas y las condiciones del ambiente, con especial referencia a saneamiento, alimentación y vivienda- pueden diferenciarse, con mayor claridad aún, dichos problemas de salud.

Es evidente que en las zonas y países de las Américas de mayor nivel socio-económico, industrializados y urbanizados, son más frecuentes las enfermedades degenerativas y mentales, así como los accidentes. El resto del Continente, que corresponde a la mayor parte de la América Latina, presenta un predominio de las enfermedades agudas, especialmente transmisibles. Las técnicas de protección y fomento de la salud, armonizadas con el tratamiento oportuno de los enfermos, pueden producir efectos comparables a los que han ocurrido en los países tecnológicamente evolucionados. El conocimiento científico existe. Su aplicación está limitada por factores de orden económico y social.

En el mundo de hoy es tal el mayor peso que se atribuye a los valores económicos y materiales sobre los de orden cultural y espiritual, que existe la tendencia a caracterizar las sociedades exclusivamente por su grado de desarrollo. Quienes así piensan olvidan que el desarrollo sólo podrá realizarse respetando la forma de vivir y la dignidad de las personas, estimulando asimismo su colaboración. Porque no hay progreso social que perdure si se trata de imponer lo que las costumbres y el decoro rechazan.

Hemos 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. En cuanto a los problemas de salud en sí, los entendemos como el conjunto de factores que condicionan las enfermedades y su distribución en cada sociedad. Estos factores son de

orden biológico, económico, histórico y cultural. De acuerdo con las informaciones disponibles prevalecen en la América Latina las infecciones, la desnutrición, el saneamiento deficiente, la vivienda y condiciones de trabajo insalubres, la ignorancia, el vestido inapropiado, el bajo ingreso real de cada persona. Estos factores en conjunto producen una morbilidad general exagerada; una elevada mortalidad infantil y de los menores de cinco años -sobre el 40% del total de defunciones-; accidentado curso del embarazo, parto y lactancia en las madres, lo que se traduce en la limitación de la expectativa de vida al nacer. Son ellos responsables también de la escasa capacidad de los escolares; del rendimiento limitado de las fuerzas del trabajo; además, de un sentimiento de pesimismo frente a la vida. Estos problemas de salud tienen distinta distribución de uno a otro país, en el seno de cada uno de ellos y en el medio urbano y rural.

Es sabido que el personal profesional y auxiliar adiestrado es insuficiente en calidad y cantidad. Los fondos disponibles para salud, los equipos y elementos son también insuficientes. Se hace indispensable establecer prioridades con el fin de que las inversiones en salud rindan los mejores resultados posibles y beneficien al mayor número de habitantes.

IV. CRITERIOS PARA ESTABLECER PRIORIDADES EN LOS PROBLEMAS DE SALUD

Es evidente que para establecer un orden de importancia en los problemas de salud es indispensable conocerlos previamente, tanto en su magnitud como en sus repercusiones de carácter económico, social y cultural. Este conjunto de antecedentes permite definir cuáles son los problemas que deberán ser abordados de preferencia, a fin de que el cuidado de la salud, como función social, realice la contribución que requiere el desarrollo equilibrado de un país.

Entre los criterios para establecer prioridades se señala la naturaleza y extensión de los problemas, su daño real o potencial, medido en términos de morbilidad o mortalidad y su significado para el desarrollo. Este criterio pone de manifiesto el impacto social de cada problema.

Cabe considerar, igualmente, el conocimiento científico existente para evitar o limitar la gravedad de cada problema, conocimiento que se aplica por medio de técnicas de reconocida eficacia, relativamente sencillas y de bajo costo, en relación con las consecuencias que el problema tiene para la comunidad. Este criterio se relaciona estrechamente con el anterior.

Otro de los indicadores en la determinación de prioridades es la demanda de la población. Cuando el problema es trascendental, una comunidad activamente interesada y ansiosa de colaborar a su solución, representa uno de los factores más valiosos para aplicar las técnicas

recomendadas. Esta participación activa e informada de la comunidad se transforma en un proceso educativo generador de otras actitudes de colaboración y afán de progreso.

Finalmente, los convenios suscritos por los Gobiernos, en relación con determinados problemas de salud constituyen, de por sí, un criterio de prioridad. La Carta de Punta del Este es un ejemplo conspicuo en tal sentido. Sus enunciados son de carácter continental. Corresponde a los Gobiernos darles una traducción nacional determinando sus problemas de salud de mayor significado para el desarrollo y el bienestar social, así como la forma de resolverlos progresivamente. La erradicación de la malaria es otro buen ejemplo.

La fijación de prioridades se funda en el conocimiento de los problemas. Ello exige investigaciones epidemiológicas y una información estadística adecuada. Es éste un campo que requiere urgente atención en América Latina. Las estadísticas vitales y de salud son todavía incompletas. Estos datos son esenciales para formular programas racionales, establecer metas y evaluar los resultados.

Al aplicar los criterios mencionados para establecer prioridades hay que tener presente que los programas específicos relacionados con objetivos concretos pueden ser vistos y comprendidos más claramente. El apoyo popular puede movilizarse con más facilidad. Por otra parte, se obtienen resultados más rápidamente y el progreso se mide de tal forma, que la opinión pública lo aprecie y la estimule a seguir prestando su cooperación para otros programas de salud.

Se sugieren tres tipos de enfoques concretos a los problemas de salud. Primero, organizar los servicios, dotándolos de facilidades para proteger el ambiente físico, tales como suministro de agua, eliminación de desechos, control de los alimentos y de las contaminaciones. Segundo, concentrarse en enfermedades específicas, como malaria y otras parasitosis, viruela, diarreas y enteritis, desnutrición y tuberculosis, entre otras. Tercero, dedicarse a problemas de salud que se relacionan con objetivos económicos específicos. Si un país no puede alcanzar las metas establecidas en su política agrícola e industrial porque la mala salud drena la productividad de sus obreros, los problemas de salud deben tener prioridad. Todos estos criterios son visibles y concretos. Representan una base que les permite trabajar junto a los líderes políticos y a los técnicos en salud, sin sacrificar principios.

V. EL PRESENTE DE LA SALUD EN LAS AMERICAS Y SUS PERSPECTIVAS FUTURAS

En el curso del presente siglo y particularmente en los últimos veinte años, se han hecho progresos sustanciales en la prevención y tratamiento de las enfermedades así como en el fomento de la salud en la América Latina. En lo que respecta a la prevalencia de las enfermedades en los países, puede considerarse como un continente en transición, en el cual las grandes epidemias están en vías de desaparecer. Baste señalar que durante el año 1962 se registraron 3.082 casos de viruela, 556 de tifus epidémico, 527 de peste y 48 de fiebre amarilla selvática. No hubo ningún caso de fiebre amarilla urbana y no se ha registrado ningún caso de cólera en el siglo.

La incidencia de otras enfermedades transmisibles como malaria, tuberculosis, lepra, enfermedad de Chagas, ciertas zoonosis, esquistosomiasis, fiebre tifoidea y paratifoidea, coqueluche y las diarreas y enteritis se mantiene elevada a pesar de la existencia de métodos de control de probada eficacia.

No obstante, en la mayoría de los países las enfermedades crónicas están emergiendo como causa importante de mortalidad. En 1960 el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes formaron entre las diez primeras causas de muerte; en algunos países entre las cinco primeras.^{1/} Ello es el resultado del incremento de la expectativa de vida, estrechamente relacionada con la industrialización creciente y la urbanización acelerada.

^{1/} Resumen de los Informes Cuadriennales sobre las Condiciones de Salud en las Américas 1957-1960.

Los cambios sociales mencionados que influyen los problemas de salud y que, a la recíproca, son influidos por ellos, ocurren en una población de 206 millones de personas (1960) con una tasa de crecimiento de 2,5% anual, la más alta del mundo. Se trata de una población joven con un 40% de menores de 15 años, una tasa de natalidad de 40 o/oo y de mortalidad de alrededor del 12 por mil habitantes. La mortalidad infantil y de los menores de cinco años se mantiene elevada. De acuerdo con informaciones recientes, la primera fluctúa entre 50 y 130 por mil nacidos vivos, en circunstancias que en los países tecnológicamente evolucionados alcanzan en la actualidad sólo a 15. La mortalidad de los niños de 1-4 años se mueve entre 3 y 32 por mil habitantes, mientras que en otros países del mundo se registran cifras de aun 0.8 por mil. Como ya se expresó, este grupo de edad contribuye con más del 40% al total de fallecidos por año en los países de Meso y Sud América. Si se considera que la infección, la desnutrición y la falta de saneamiento, en particular de agua potable, figuran entre los factores condicionantes de la mortalidad entre los menores de cinco años, se justifica el papel fundamental de la función salud para evitar esta pérdida exagerada de vidas, ya que son brazos y mentes que se restan al progreso social y al desarrollo de los países.

La expectativa de vida al nacer ha aumentado progresivamente en el curso de este siglo. Según datos del año 1950 era de 33 años en un país, de 40 a 50 en varios y por sobre 50 en algunos. Pocos países han podido calcular tablas de vida para el período en relación con el censo de 1960. Dichas estimaciones indican crecimientos rápidos en la

última década con una expectativa de casi 60 años o ligeramente superior. En los países en desarrollo avanzado la duración promedio de la vida es superior a 70 años. Cabe señalar que en 1960 las Américas tenían 405 millones de habitantes, lo que representa el 13,5% de la población mundial, ocupando un tercio de la superficie del globo. El 52% de la población de la América Latina vive en el medio rural. La densidad promedio es de 10 habitantes por kilómetro cuadrado.

La fuerza del trabajo de este Continente, de acuerdo con el censo de 1950, se distribuye así: 56% de trabajadores agrícolas; 18% de obreros industriales y 26% de personas dedicadas al comercio y servicios. En América del Norte, en el mismo período, no más del 15% se dedicó a la producción agrícola. Estos países son exportadores de alimentos. En cambio en la América Latina, de acuerdo con informes de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la producción agrícola declinó aproximadamente en un dos por ciento durante el período 1960-61. La producción de alimentos también disminuyó con respecto al año anterior, acentuando un fenómeno ya observado en el año precedente.^{1/} Es pertinente esta diferenciación entre producción agrícola y de alimentos en vista de que existen zonas de la América Latina, de importante extensión, que se dedican a cultivos de significación mayor para la economía que para la alimentación, tales como el café, tabaco, algodón, cacao y azúcar.

^{1/} Banco Interamericano de Desarrollo. Fondo Fiduciario de Progreso Social. Segundo Informe Anual, 1962, página 138.

Tienen influencia, igualmente, aquellos factores derivados del uso y tenencia defectuosos de la tierra, la conservación y distribución inadecuada de los alimentos por limitado empleo de la tecnología moderna, que aumenta los costos de producción. El consumo es deficiente en cantidad y calidad, lo que se refleja en uno de los problemas fundamentales de la América Latina: la desnutrición.^{1/}

El ingreso real por persona, en la América Latina, es de un bajo nivel fluctuando entre 100 dólares y 1.000 dólares anuales. La cifra hay que relacionarla con su poder adquisitivo para satisfacer las necesidades fundamentales, entre ellas salud, vivienda, vestido, agua potable y saneamiento, condiciones de trabajo, educación, alimentación y recreación. A pesar de los progresos logrados, el analfabetismo es del 40% en la población mayor de 15 años, lo que representa alrededor de 50 millones de personas que no saben leer y escribir. La escolaridad promedio es de 3 a 4 años.

"... no hay antecedentes que demuestren mejoras apreciables en los niveles de ingreso de la población rural; por el contrario, hay indicios de que, como resultados de factores de tipo económico y demográfico, las grandes masas de campesinos se encuentran actualmente en peores condiciones de las que estaban hace algunos años. El retraso del sector agrario sigue constituyendo el escollo básico

^{1/} Documento CSP16/6, Nutrición.

del proceso de crecimiento en América Latina, representando la principal causa de las tensiones sociales y políticas y de una gran variedad de problemas económicos en la región." 1/

La cita anterior pone de manifiesto la importancia que debe atribuírsele al problema rural en los programas de desarrollo, entre ellos los de salud. Es un hecho que a pesar de la industrialización y de los esfuerzos para diversificar la producción, la economía de la América Latina sigue siendo de predominio agrícola. En general, depende de un producto dominante de exportación para cada país, con precios que fluctúan marcadamente en el mercado mundial, según lo expresan los Ministros de Finanzas. Ello ha sido la principal causa de las dificultades económicas de los países y ha influido desfavorablemente en el ritmo de las inversiones y limitado el desarrollo. Se justifica así el propósito de un esfuerzo cooperativo contemplado en el Acta de Bogotá y en la Carta de Punta del Este, esfuerzo destinado esencialmente a mejorar las condiciones de vida a medida que aumenta el ingreso y se redistribuye en prioridades de efecto colectivo.

Los antecedentes de carácter económico y social que hemos enunciado explican la naturaleza de los problemas de salud prevalentes en la América Latina. Son propios de una población joven, en crecimiento acelerado, con una producción e ingresos inferiores a las necesidades. La estructura de la población, su distribución por

1/ Banco Interamericano de Desarrollo. Fondo Fiduciario de Progreso Social, Segundo Informe Anual, 1962, página 138.

edades, las condiciones ambientales y de salud se reflejan en la menor capacidad para el trabajo, en el ausentismo y en la productividad.

Cuatro son los instrumentos que se emplean para proteger, fomentar y recuperar la salud de una comunidad. Ellos son la planificación; la organización y administración de los servicios; la formación y capacitación de técnicos y la investigación científica.

La planificación representa el método que recomienda la Carta de Punta del Este para realizar su propósito esencial: promover el crecimiento sostenido de la economía y traducirlo en bienestar social. Con tal propósito, cada sector debe formular los programas respectivos en los que se muestran los problemas de más importancia y las técnicas y procedimientos utilizables para resolverlos según su urgencia y la experiencia, los profesionales y auxiliares necesarios, los equipos y elementos de trabajo y el financiamiento.

La formulación de un programa envuelve el conocimiento más exacto posible de los problemas, su magnitud, naturaleza e influencia para la salud individual y colectiva. De aquí la importancia de la investigación científica y epidemiológica así como de la información estadística que, como ya se señaló, es notoriamente deficiente en la América Latina. No obstante, es posible preparar planes de salud con los datos existentes y establecer metas y objetivos específicos para cada acción, dentro de cada población. Simultáneamente, deberán tomarse las medidas para ir mejorando la calidad y cantidad de los datos, organizando servicios de estadística y preparando profesionales y auxiliares para funciones definidas.

La planificación es sólo un medio y no un fin, y es aún más indispensable en los países donde existe un gran desnivel entre necesidades y recursos, que obliga a ordenar los problemas y orientar las inversiones, de manera de beneficiar el mayor número de personas. La planificación en esencia es la movilización de personas, recursos y facilidades para obtener el mejor resultado posible en la solución de los problemas. La planificación que no se relaciona con un problema específico en el mejor de los casos es irreal y, en el peor, es estéril. Planificar no es solamente conocer las necesidades, sino que es actuar. Es un proceso continuo que conduce a evaluar lo que está disponible, en relación a lo que se necesita, movilizándolo todos los recursos que son útiles.

En la etapa actual procede preparar los planes de salud por sector y relacionarlos con el crecimiento económico. Se estima que no hay todavía un conocimiento acabado para una planificación integral del desarrollo y del bienestar. Es indispensable investigar la metodología sencilla y adecuada, en comunidades seleccionadas al objeto. Mientras esto no ocurra parece de toda conveniencia invertir los fondos de acuerdo con las prioridades establecidas en cada sector, vale decir, salud, educación, agricultura, entre otros. Al carecer de criterios definidos no es recomendable intentar el aumento de las inversiones de un sector con desmedro de las prioridades de otros, so pretexto de mayores efectos sociales o económicos. La salud debe tener siempre alta prioridad por su repercusión en la productividad y en el desarrollo.

En vista de que los planes y programas son sólo un medio de progreso, no debieran interrumpirse las acciones preventivas y curativas ya en marcha, mientras aquéllos se preparan. Esta actividad equivale a realizar las medidas de

efectos inmediatos y de largo plazo a que se refiere la Carta de Punta del Este al objeto de aunarlas en un proceso continuo.

La organización y buena administración de los servicios de salud, tanto en el nivel nacional como local representa, junto con el personal adiestrado, el instrumento más importante para realizar las funciones de prevención y curación de las enfermedades. La medicina y la salud sólo pueden cumplir sus propósitos si sus técnicas se adaptan a las necesidades y recursos de las gentes así como a las condiciones especiales creadas en cada comunidad por el ambiente local.

La organización y administración no pueden ser estáticas ni definitivas. Deben estar sometidas a permanente revisión a fin de facilitar el cumplimiento de los objetivos del plan de salud y sus diferentes programas. La Carta de Punta del Este ha hecho más evidente esta necesidad de revisar las estructuras, las legislaciones, las instituciones, los reglamentos y las normas a fin de hacer realidad sus propósitos generales y mejorar las condiciones de vida.

El desarrollo en América Latina progresará a tono con el número y la calidad de los técnicos y subtécnicos auxiliares para las diversas actividades. No hace excepción a esta regla la salud, que tiene la característica de incluir funciones tan diversificadas como corresponde a la complejidad de la vida en sociedad. De acuerdo con el grado de desarrollo, un país requiere una serie de profesionales para cada problema de salud. Su formación es relativamente larga. Hay acuerdo para considerar

indispensable la capacitación de personal auxiliar, con el fin de cubrir la mayor proporción posible de la población. El adiestramiento hay que programarlo; es decir, formar los técnicos que requieren las distintas acciones de salud a condición de que existan los cargos respectivos en el presupuesto, con la remuneración adecuada, respetando así la dignidad y el decoro propios de su elevada misión.

En cuanto a investigación es procedente la siguiente cita:

"El propósito inmediato de la investigación básica en América Latina es la solución de problemas de salud con miras a promover el bienestar del hombre... El objetivo a largo plazo tiende al mejoramiento de la comunidad en sus aspectos más humanitarios mediante el cultivo de la ciencia. En efecto la ciencia --debidamente comprendida como forma de cultura-- es un medio que con el tiempo dotará a la comunidad de una comprensión objetiva de la naturaleza propia del hombre; que da una visión integral del universo, en armonía con el carácter intelectual del ser humano; que, a la larga, debe proporcionar una base de comprensión mutua; y que, en todo caso, constituye fundamento adecuado para cimentar la educación." 1/

La naturaleza y distribución de las enfermedades y de los fenómenos que condicionan la salud, tienen características propias en las Américas como en otras regiones del mundo. El medio social es diverso y en permanente variación, así como las relaciones entre cada

1/ Documento TFH/3, pág. 2

ambiente y los seres que en él viven y se desarrollan. Existe, por así decirlo, una patología propia de las Américas que obliga a los técnicos en salud a adaptar y no a copiar los conocimientos probados en otras zonas geográficas. Este hecho justifica la necesidad de investigar los fenómenos que condicionan la salud y la enfermedad en los países y comunidades del Continente, así como a sus variaciones ecológicas en ambientes diferentes como consecuencia de los procedimientos de ataque. A ello hay que agregar las posibilidades de contribuir en forma original al análisis del origen de los fenómenos biológicos. La investigación científica no es antítesis del pragmatismo; por el contrario, son ambos complementos de un mismo propósito.

Una mirada de conjunto a las condiciones de salud en las Américas autoriza algunas afirmaciones. Hay definición más precisa de los problemas prevalentes y de su influencia sobre la economía y el desarrollo. No obstante, se ha hecho más evidente la necesidad de un mayor conocimiento sobre su magnitud y real extensión. Es dable comprobar una mejor comprensión por parte de las comunidades urbanas. Más aún, donde se han organizado regímenes de Seguridad Social los ciudadanos han adquirido conciencia de un derecho. Procede estimular igual sentido en el medio rural.

Las técnicas y procedimientos empleados para solucionar problemas responden a principios modernos. Sin embargo, la totalidad de la población no tiene acceso a ellos y aún, en ocasiones, son unos pocos sus beneficiarios.

A pesar de los progresos alcanzados en la formación del personal de salud, su número y calidad está por debajo de las necesidades actuales y del crecimiento de la población. Ello se refleja en la distribución de los servicios de salud con excesiva concentración en los centros urbanos y con ausencia o limitación en zonas rurales de diversa extensión.

En doctrina, se acepta que las acciones de protección, fomento y recuperación de la salud son partes de un mismo proceso, lo que hace aconsejable su coexistencia en una misma organización. Es la tesis de la integración de estas funciones para resolver los problemas que afectan a la familia --unidad de trabajo-- y a las comunidades. Son contados los ejemplos de realización práctica de esta doctrina en el Continente. Los servicios curativos y preventivos actúan en forma independiente o incoordinada. Ello trae duplicación de actividades, dispendio y mal aprovechamiento de los escasos recursos disponibles. Si la ley entrega la responsabilidad de dichas funciones a los Ministerios de Salud, es lógico concentrar en ellos todas las actividades hoy dispersas en otras instituciones de orden público o de carácter privado que reciben fuertes aportes del Estado. Entre éstas cabe destacar los servicios médicos de la Seguridad Social. El papel de estos institutos debería circunscribirse al financiamiento de las prestaciones sociales.

Hay que desarrollar una conciencia administrativa y una adecuada competencia para asegurar el uso eficiente y económico de recursos limitados. En esta área muchas de las instituciones de salud de las Américas muestran una grave debilidad en términos de organización,

reglamentación, procedimientos y prácticas. Hay urgente necesidad de reconocer a la administración pública como esencial al servicio de la técnica y darle la estructura, el personal y los equipos que requieren los métodos modernos. La racionalización administrativa aumenta la eficiencia, disminuye el dispendio y facilita la realización de los objetivos de cada programa.

Las inversiones en salud en la América Latina son inferiores a los requerimientos de los programas, como lo revelan las estadísticas vitales y sanitarias a pesar de los progresos cumplidos en el presente siglo. De acuerdo con un informe reciente del Banco Interamericano de Desarrollo el 5,8% de los egresos públicos del Continente se destinan a salud. La cifra tiene marcadas variaciones entre los países dado que en algunos de ellos se incluye el costo de los servicios sociales.^{1/} El significado de este dato adquirirá mayor realismo cuando los Gobiernos formulen sus planes nacionales de salud sobre la base de prioridades de sus problemas y de programas para cada una de sus comunidades. Sólo así podrán establecerse los fondos indispensables que hay que invertir, en salud, en cada período. Entre tanto, es evidente que los recursos domésticos no alcanzan para los problemas prevalentes, si bien se reconoce que con mejor organización y administración hay mayor rendimiento relativo.

^{1/} Banco Interamericano de Desarrollo. Fondo Fiduciario de Progreso Social, Segundo Informe Anual, 1962, página 189.

En vista de la importancia fundamental para la economía, el desarrollo agrícola e industrial y la salud, los Gobiernos han obtenido créditos a largo plazo y bajo interés de los Bancos Internacionales para financiar obras de agua y de alcantarillado, así como de vivienda. Cabe destacar que las comunidades urbanas se han mostrado dispuestas a pagar mayores tarifas ante la seguridad de contar con dichas instalaciones. Por otra parte, los Gobiernos están invirtiendo sumas similares de sus recursos domésticos a la vez que han garantizado la amortización de los créditos con sus intereses y la mantención de los servicios. En síntesis, se procura organizar empresas de bien público, administradas adecuadamente. Se estima que igual criterio puede ser invocado para otros problemas prevalentes de salud cuya solución es alcanzable a través del crédito internacional. En tal sentido se pronunciaron las Primeras Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social celebradas en México en octubre de 1962. El mejoramiento del bienestar rural, la erradicación del paludismo, la construcción de hospitales y centros de salud, la producción de vacunas, sueros y sustancias biológicas de uso humano y animal, los programas de urbanización, pueden citarse como ejemplos. Se recomendó, entre otras medidas, a las instituciones nacionales e internacionales de crédito que incluyan diversos programas de salud en su política de inversiones, además de los suministros de agua a las zonas urbana, suburbana y rural, con un sistema flexible de financiamiento para cubrir los diferentes rubros de dichos programas.

No ha existido en la América Latina un esfuerzo sostenido para organizar y extender la colaboración voluntaria hacia objetivos de salud, tanto a nivel de las comunidades como de las instituciones. Y hay urgencia en hacerlo, porque existe una motivación latente y el deseo de muchas personas de aportar su esfuerzo y aún sus bienes para propósitos superiores.

Las organizaciones internacionales, gubernamentales y privadas, bilaterales o multilaterales han realizado una labor de asesoría técnica y de colaboración tan eficiente como humanitaria en la América Latina. Ello se ha dejado sentir en la formulación de programas, en la organización de servicios, en la construcción y dotación de equipos para hospitales y centros de salud, y particularmente, en la formación y capacitación de técnicos.

En la Alianza para el Progreso, los técnicos en salud nos sentimos parte de un vasto esfuerzo para darle una vida mejor a todas las gentes del Continente. Debemos poner lo mejor de nuestras capacidades para hacer de dicho propósito una realidad. Reconocemos que lo esencial para este fin está en nuestros países, en la capacidad actual y potencial de sus habitantes así como en sus riquezas naturales. Es indispensable, sin embargo, hacer las reformas legales e institucionales que indica la Carta de Punta del Este para obtener de los recursos nacionales los mayores beneficios para el país. Se requiere de capitales exteriores para estimular el proceso de desarrollo y complementar el esfuerzo nacional. Y ellos son igualmente necesarios para los programas

de carácter económico y de bienestar social. Estos últimos están estimulados por las aspiraciones de los seres humanos en quienes la Alianza para el Progreso ha despertado una justificada esperanza. El Grupo de Estudio en Salud quisiera que los mecanismos administrativos de la Alianza fueran más ágiles y flexibles para realizar los programas de impacto social y el desarrollo económico.

Para cumplir los objetivos de la Alianza para el Progreso y realizar el Plan Decenal de Salud, la América Latina cuenta con una base sólida cuyo factor más valioso es el espíritu de sus pueblos, sus universidades y centros de enseñanza e investigación, así como sus profesionales y auxiliares en servicio. Requiere, sin embargo, acelerar el proceso de formación, formular los planes y programas, racionalizar la administración pública y tornar más eficientes los servicios, aumentar las inversiones, tanto de recursos domésticos como del exterior, a medida que la economía se fortalezca, intensificar la participación activa e informada de los habitantes hacia el bien común que es la salud. Esta serie de medidas generales son básicas para aquéllas de carácter específico relacionadas con cada problema en especial.

La Alianza para el Progreso representa, en síntesis, un aporte adicional al esfuerzo y a los programas de salud que promuevan cada uno de los pueblos para la resolución de sus propios problemas.

VI. MEDIDAS QUE SE RECOMIENDAN PARA CUMPLIR EL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA DE LA ALIANZA PARA EL PROGRESO

El Plan Decenal de Salud de la Alianza para el Progreso que constituye la Resolución A.2 de la Carta de Punta del Este contiene medidas a largo plazo y de efecto inmediato para cumplir sus objetivos.

Las primeras se relacionan más bien con los instrumentos que se emplean habitualmente para la protección, el fomento y la recuperación de la salud. Ellos son la planificación, organización y administración de los servicios, educación y adiestramiento e investigación. Las segundas se refieren a problemas específicos, que son prevalentes en la América Latina.

Las Comisiones constituidas por el Grupo de Estudio se dedicaron de preferencia al análisis en profundidad de dichas medidas. Dispusieron de los antecedentes de cada problema que aparecen consignados en los documentos de trabajo preparados por los comités de asesores de la Oficina Sanitaria Panamericana y por miembros de su personal. Contienen éstos una información valiosa que permite diferenciar aquellos aspectos de cada problema que representan hoy los mayores obstáculos para su solución. Las Comisiones concentraron su análisis en ellos y sugirieron medidas de orden práctico, que la experiencia aconseja para la América Latina.

El informe contiene en este capítulo una síntesis de cada problema y una justificación de las recomendaciones aprobadas por el Grupo de Estudio:

A. MEDIDAS DE CARACTER ESPECIFICO

A. 1 Erradicación de la malaria

Si bien han sido registrados notables progresos en la campaña de erradicación de la malaria, queda aún mucho por hacer para liberar al Continente de la enfermedad.

A fines del año 1962, de una población estimada en 153,7 millones que vivía en áreas originalmente maláricas del Continente, 59,3 millones residen ahora en áreas donde la enfermedad ha sido erradicada; 30,4 millones residen en zonas ya liberadas de transmisión, que se encuentran en fase de consolidación; 49,3 millones están en fase de ataque y 14,7 millones aún esperan el comienzo de la campaña. Se puede decir que el 58,4 por ciento de la población del Hemisferio vive ahora en áreas libres de la transmisión.

La fase de ataque aún está por comenzar en Cuba y se encuentra paralizada en Argentina y Paraguay. En varios países la campaña no progresa por la falta de recursos económicos para intensificar las medidas de ataque. Antes de analizar esta situación particular vale la pena considerar otros factores de no menor importancia.

Desde que lo que se pretende es erradicar la malaria, el problema se concentra por el momento en los 64 millones de habitantes restantes que aún se encuentran sujetos a la infección. De éstos, la Oficina Sanitaria Panamericana estima que cerca de 6 millones residen en áreas

llamadas "problema", esto es en aquéllas en que está comprobado que la sola aplicación de DDT o dieldrín no es capaz de erradicar la malaria.

Para lograr el objetivo en tales áreas, será necesario emplear mayores recursos económicos para la realización de métodos de lucha suplementarios, tales como los rociamientos peridomiciliarios mediante nebulizaciones, la medicación colectiva y la lucha antilarvaria, según las condiciones de cada área. Donde la población está concentrada y los criaderos de mosquitos Anofelinos son limitados, la lucha antilarvaria puede tener éxito con un costo relativamente bajo. En las poblaciones dispersas o con criaderos extensos y múltiples, la medicación colectiva en las personas será más eficiente.

En el momento actual, la medicación colectiva, para que dé un resultado satisfactorio, requiere que se administren drogas antimaláricas por vía oral y a intervalos cortos. Si la transmisión es alta, este intervalo no debe ser mayor de dos semanas, lo que implica un número elevado de distribuidores de medicamentos. Este costo podrá ser reducido en el futuro si nuevas drogas con acción residual prolongada fueran descubiertas.

Para las áreas problemas, sin transmisión extradomiciliaria y donde el vector fuere resistente al DDT y al dieldrín, nuevos insecticidas podrán ser aplicados. Compuestos órganofosforados y carbamatos ya están disponibles en el comercio. Estos insecticidas, sin embargo, son de costo elevado y requieren por lo menos 3 aplicaciones al año.

Cuando las condiciones de los vectores así lo requieran, es aconsejable practicar rociamientos integrales de las viviendas, en alturas superiores a tres metros y abarcando inclusive el techo y demás edificaciones anexas.

La prioridad que exige la campaña no está limitada al sector económico. Para tener posibilidad de éxito ella necesita ser bien planeada, adecuadamente financiada, bien administrada y dirigida por profesionales competentes. La falla de cualquiera de estas cuatro condiciones pondrá en peligro las posibilidades de lograr la meta convenida.

También, es necesario que la administración de la campaña esté protegida contra la interferencia de intereses extraños. El nombramiento de personal incompetente fatalmente se reflejará en la disciplina en todos los escalones. Las campañas que han tenido mayor éxito son, hasta ahora, aquellas en que el director tiene autoridad para seleccionar y manejar al personal, de acuerdo con un reglamento especialmente preparado, en el cual están claramente establecidas las condiciones mínimas requeridas para cada función.

Asimismo, se ha observado que, cuando la directiva de la campaña comparte la administración con un Consejo Nacional bajo la presidencia del Ministro de la Salud y teniendo como miembros a representantes de las autoridades nacionales e internacionales directamente interesadas en el asunto, los problemas que surgen son resueltos en forma más expedita y adecuada. El Consejo ayuda al director en el cumplimiento de sus deberes, está siempre a la par de su eficiencia y conducta, debe tener autoridad

para aprobar el presupuesto anual, y es responsable, conjuntamente con el director de la coordinación de la campaña con los otros departamentos del Gobierno y las instituciones médico asistenciales existentes. Para conseguir estos objetivos, el Consejo deberá reunirse regularmente.

El ataque para interrumpir la transmisión de una enfermedad debe ser continuo y progresivamente creciente. Toda campaña de erradicación del paludismo debe ser acompañada de investigaciones epidemiológicas que permitan apreciar las variaciones o cambios que se van produciendo en la ecología de la enfermedad, a medida que se progresa en los planes de ataque. Una condición importante que debe investigarse cuidadosamente, después de los primeros rociamientos de las casas con algún insecticida de efecto residual, es la mayor o menor rapidez con que se reduce la transmisión de la malaria. Una vez conocidas las causas que explican el retardo de esta reducción, se deberán aplicar las medidas suplementarias que se estimen adecuadas. La aplicación de éstas no debe hacerse a costa de limitaciones en las operaciones de evaluación, que son tan importantes como las de ataque.

Por desgracia, se ha observado que los estudios epidemiológicos en las campañas de erradicación del paludismo que se llevan a cabo en la actualidad, no siempre han sido suficientes debido a la falta de personal competente y en la cantidad necesaria. Se estima recomendable, por ello, que se incrementen los esfuerzos para aumentar el número de epidemiólogos y de otros técnicos auxiliares, cuidando de mejorar su preparación de carácter biológico y científico.

Las operaciones de evaluación serán tanto menos costosas cuanto mayor sea la cooperación de los servicios médicos asistenciales existentes, públicos y privados, en la búsqueda de casos y complementada por una red de colaboradores voluntarios. Lamentablemente, la asistencia médica a la población rural en la América Latina es bastante precaria, principalmente en las áreas maláricas, lo que obliga a las campañas a sostener un número elevado de funcionarios para buscar enfermos.

Como uno de los objetivos principales de la Carta de Punta del Este es el de "impulsar programas de reforma agraria de tal manera que la tierra constituya para el hombre que la trabaja, base de su estabilidad económica como fundamento de su progresivo bienestar y garantía de su libertad y dignidad", es de esperar que los Gobiernos den prioridad a la expansión de sus servicios de salud a las áreas rurales que, con tanto esfuerzo económico, fueron o serán liberadas de la malaria.

Esta asistencia podrá comenzar por la utilización del propio personal auxiliar de evaluación de la malaria para proporcionar otros beneficios sanitarios sencillos, pero esenciales a la población rural.

El problema crucial inmediato en nuestro Continente es todavía el de la financiación de los costos locales. Las instituciones de crédito, hasta ahora, se han mantenido reservadas, inclusive aquellas que han sido creadas para ayudar en el desarrollo económico de las naciones más necesitadas.

Los Gobiernos, por su parte, consideran que, para mantener el equilibrio entre todas las responsabilidades que deben atender, no les es posible aumentar las asignaciones para las campañas de erradicación de la malaria, además de lo que ya están proveyendo.

Una solución consistiría en la ayuda mutua, esto es que los Gobiernos de los países más favorecidos por la erradicación de la malaria de sus territorios -o donde ésta ya se encuentra en un estado muy avanzado- ayudasen económica y técnicamente a sus vecinos menos favorecidos.

Teniendo en cuenta que la erradicación de la malaria es un programa de ámbito continental, su objetivo sólo podrá considerarse alcanzado el día en que no ocurran más casos autóctonos de la enfermedad en todas las regiones de América del Norte, Mesoamérica y América del Sur. La presencia de malaria autóctona en cualquier país, constituye una amenaza para todos los países que han conseguido erradicar la enfermedad de sus territorios. En tales circunstancias, es de interés para el Hemisferio que cada Gobierno conceda la más alta prioridad al programa destinado a su propio beneficio y al de los otros países.

Debido al hecho de que en gran parte de las áreas maláricas esta enfermedad es un factor preponderante de mortalidad general, y en particular entre los menores de 5 años, se deduce que en ellas la prioridad fundamental, para cumplir con los objetivos del Plan Decenal de Salud adoptado en la Carta de Punta del Este, corresponde a esta acción.

En algunos países deberá intensificarse la coordinación fronteriza y si para llevar a efecto este propósito se considerara conveniente la participación de la Oficina Sanitaria Panamericana, se sugiere que ésta sea requerida. Dicha coordinación parece más necesaria para ciertos grupos de países, como es el caso de los de Centro América.

Las disponibilidades presupuestarias de varios países no son en la actualidad suficientes para atender a los gastos requeridos por la campaña de erradicación de la malaria, pero como la desaparición de la enfermedad trae consigo una mejora económica de la zona, se considera que un país puede solicitar, cuando así lo requiera, la ayuda exterior, en forma de préstamos para completar la atención de sus necesidades en este campo. Por tal motivo, se sugiere que se hagan gestiones ante los organismos crediticios para que concedan este tipo de préstamos.

A.2 Control de la tuberculosis

La falta de información completa y fidedigna en la mayoría de los países impide determinar satisfactoriamente la prevalencia e incidencia de la tuberculosis en las Américas.

El Documento TFH/11 incluye estadísticas de morbilidad y mortalidad por tuberculosis proveniente de los Gobiernos del Continente, para el quinquenio 1956-1960. En 17 países latinoamericanos se ha registrado un promedio de 34.000 defunciones por año en dicho período. Tomando como base los datos de algunos países con "áreas de registro", se pueden estimar en no menos de 54.000 defunciones anuales por tuberculosis. En sólo 7 de esos países ha habido un descenso de la tasa de mortalidad en el quinquenio, siendo estacionaria en 8 y habiendo aumentado en 2. El promedio de casos notificados cada año, en el mismo período, alcanza a 107.000. Sobre la base de las mismas "áreas de registro", se pueden estimar no menos de 270.000 enfermos nuevos por año. El número de casos notificados cada año ha aumentado en 9 países, permanece estable dentro de amplias variaciones en 6, y ha descendido en 3.

Cuando existe un buen programa de descubrimiento de casos, se puede llegar a conocer 11 enfermos por cada defunción anual, lo que daría una estimación de unos 600.000 casos activos conocidos.

Aun dentro de las limitaciones de la información estadística puede afirmarse, como lo señala la Carta de Punta del Este, que la tuberculosis sigue siendo un problema importante en la América Latina, por el daño que

produce a la población y por la falta de los servicios necesarios para aplicar las técnicas ya probadas a todos los enfermos.

Gracias a los rápidos adelantos de los conocimientos científicos en los últimos años, se dispone actualmente de procedimientos específicos para luchar contra la tuberculosis que, aun teniendo sus limitaciones intrínsecas, son suficientemente efectivos para contribuir substancialmente a la solución del problema. La dificultad surge cuando se trata de llevar a la práctica estos procedimientos.

Actualmente, cabe considerar la tuberculosis como una enfermedad infecciosa que puede ser controlada por medio de la utilización de los instrumentos específicos disponibles y por métodos aplicables, en general, al control de las enfermedades de larga duración y de alta prevalencia. Hay que localizar las fuentes de infección existentes y potenciales, tratar los casos y convertirlos en no infecciosos; establecer el control continuado de los enfermos y, al mismo tiempo, aplicar la quimioprofilaxis secundaria y la vacuna BCG.

En la práctica, esto supone el desarrollo de un programa de búsqueda de enfermos y su tratamiento, así como de vacunación y quimioprofilaxis. La búsqueda de casos debe basarse en los métodos de diagnóstico más sencillos actualmente disponibles: abreugrafías, exámenes de esputos y prueba de tuberculina. Para que el tratamiento sea económicamente factible, debe estar basado en la quimioterapia ambulatoria o domiciliaria en la mayoría de los casos.

Se debe tener presente, en todo momento, que la finalidad del control de la tuberculosis consiste en reducir la propagación de la enfermedad en la colectividad y finalmente en toda la población; por consiguiente, hay que insistir en la conveniencia de adoptar objetivos uniformes y de extender la aplicación de los métodos de diagnóstico y tratamiento más económicos, aunque algunos de ellos no sean tan satisfactorios como los mejores y más elaborados de que hoy se dispone. Cuando no se disponga de otros recursos más efectivos, se recomienda la utilización del examen de esputos para el descubrimiento de casos y su tratamiento.

Las actividades de lucha antituberculosa deben ser programadas en forma continuada y a largo plazo y, en consecuencia, deben contar con servicios de tipo permanente. Por otra parte, por ser la tuberculosis uno de los muchos problemas que afectan a una comunidad y siendo las acciones dedicadas a combatirla comunes o similares a las de otras actividades de salud, se considera necesario integrar los servicios antituberculosos (cualquiera que sea el nivel de su desarrollo) dentro de los organismos y servicios existentes de salud pública, incluyendo los de atención médica.

Aun cuando no es posible establecer pautas o esquemas generales para la aplicación progresiva de este concepto, se insiste en la necesidad de su aplicación en cada país, como una forma efectiva de llevar a cabo una labor intensa y a largo plazo, a través de los servicios permanentes establecidos en la comunidad.

En resumen, la finalidad perseguida consiste en atacar la tuberculosis de una manera eficaz y económica, por medio de la aplicación más lógica de los conocimientos y recursos disponibles, de acuerdo con las condiciones técnicas y socioeconómicas locales, dentro de un amplio programa de salud. El objetivo es la eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública, con la máxima rapidez compatible con la atención de las necesidades generales existentes en cada país.

A.3 Erradicación de la viruela

A pesar de los excelentes resultados obtenidos por los diversos países que han completado la erradicación o que están progresivamente reduciendo la incidencia de la viruela, esta enfermedad sigue constituyendo todavía un serio problema de salud pública en el Continente, como lo demuestra su presencia en varios países y el elevado número de casos que ocurren anualmente.

Entre los años de 1947 y 1962 los países y territorios de las Américas notificaron 168.957 casos de viruela, conforme se indica en el cuadro 1 del Documento TFH/11 (página 25).

Con el desarrollo de programas nacionales de vacunación, la enfermedad desapareció o se redujo rápidamente en aquellas áreas en que prevalecía anteriormente; ahora se mantiene sólo en los países en los cuales no se han iniciado todavía programas de erradicación o donde éstos han sido interrumpidos o no se han desarrollado con el debido rigor.

El cuadro 1 referido, indica la situación hasta 1962. El Brasil y el Ecuador son actualmente los dos focos más importantes que quedan en las Américas. Dado que en muchas de esas áreas el número de vacunaciones efectuadas es relativamente reducido, una gran mayoría de la población es susceptible a la enfermedad.

El éxito brillante conseguido por la mayor parte de los países americanos en la erradicación de la viruela estará en peligro mientras persistan focos de la enfermedad en el Continente. Con objeto de

protegerse a si mismos, los países en donde no hay viruela deberán continuar manteniendo un elevado índice de población inmunizada por medio de programas regulares de vacunación antivariólica, que cubra anualmente por lo menos a un quinto de los habitantes. Los costos elevados de esta medida sólo podrán ser disminuídos cuando la erradicación de la viruela se logre en escala continental.

Para lograr la erradicación de la viruela del Hemisferio, se requiere el esfuerzo mancomunado de los países interesados, tanto para la protección de sus propios habitantes como para la seguridad de aquellos países que han adoptado ya las medidas necesarias para eliminar la enfermedad.

En numerosas resoluciones los Cuerpos Directivos de la OMS y OPS han demostrado su interés y preocupación por el problema de la viruela en las Américas, recomendando a los países que aún no han eliminado la enfermedad, que aceleren o inicien, según corresponda, los programas de erradicación.

La demora en cumplir con estas resoluciones ha obedecido a dificultades de carácter administrativo y financiero. Cabe esperar que los Gobiernos realicen los esfuerzos indispensables para vencer dichas dificultades y para dar al programa de la erradicación de la viruela la importancia y prioridad que merece desde el punto de vista de la salud nacional e internacional.

Desde hace más de siglo y medio se dispone de una vacuna eficaz contra la viruela, cuya aplicación sistemática, debidamente organizada, basta para asegurar la protección completa de una población. No hay duda de que se puede y se debe lograr la erradicación de la viruela de las Américas. Vacuna antivariólica de buena calidad y en cantidad suficiente para atender a todas las necesidades encuéntrase hoy disponible en las Américas. También, todos los países disponen de suficientes elementos técnicos en sus servicios de salud para llevar a cabo el programa de erradicación de la viruela y mantenerlo.

A.4 Enfermedad de Chagas

Las investigaciones recientes sobre enfermedad de Chagas ^{1/} han demostrado su gran importancia clínica y epidemiológica, lo que justifica su inclusión en los planes de salud en los países en que prevalece. La enfermedad puede afectar al producto de la concepción aún antes de nacer y predominantemente a los niños menores de 5 años. También, produce en los adultos importante patología cardíaca y digestiva.

El problema deriva de la mala calidad de las viviendas rurales en las áreas de endemia chagásica y de la ignorancia de las personas acerca del papel transmisor de los vectores. Por otra parte, solamente por excepción se han extendido los planes nacionales para la construcción de nuevas viviendas y refacción de las actuales, a las zonas rurales de América Latina.

Indudablemente, la renovación de las casas introduce un cambio radical en la ecología de los vectores y reduce su densidad. No obstante lo anterior, debe insistirse en la urgencia de ampliar e intensificar el empleo de insecticidas, a causa de sus resultados inmediatos.

Parece así mismo altamente conveniente que se lleven a cabo con urgencia programas de educación sanitaria que tiendan a estimular la cooperación de la población en la lucha contra los triatomidos.

^{1/} Documento TFH/3, página 102

A.5 Nutrición

Hoy día, se estima que más de la mitad de la población de América Latina sufre de malnutrición en mayor o menor grado. La malnutrición reviste muchas formas. Sin embargo, las de más interés son: la malnutrición proteínico-calórica, el bocio endémico, las anemias y ciertas deficiencias vitamínicas específicas.

Esta situación se debe, en parte, a la insuficiencia o a la mala orientación de la producción agrícola, a que no se emplean métodos modernos de tecnología en cuanto a la distribución y almacenamiento de alimentos, a un bajo poder adquisitivo del individuo, a la ignorancia general respecto a hábitos alimentarios satisfactorios y a la presencia de enfermedades transmisibles endémicas y enzoóticas.

En cuanto al abastecimiento de alimentos, la producción de éstos en la América Latina ha aumentado progresivamente durante las últimas dos décadas, alcanzando un total de 69%; no obstante, el aumento de población ha resultado tan rápido, que hoy día la producción de alimentos per cápita es inferior en 1% al nivel de antes de la segunda guerra mundial, habiéndose considerado que ese nivel en sí mismo no era satisfactorio.

El aumento de población continúa rápidamente y se ha estimado que la población del mundo se duplicará para el año 2.000. Por lo tanto, será necesario lograr aumentos considerables en la producción, aun para mantener la situación actual. Para conseguir un mejoramiento importante de la nutrición de las poblaciones existentes y futuras será indispensable intensificar las actividades en ese aspecto.

El aumento de la producción de alimentos por sí solo no basta para mejorar el estado nutricional de la población; la calidad de los

alimentos producidos es también de gran importancia, como asimismo el uso que se hará de ellos en la planificación económica nacional y a nivel individual. La producción de alimentos tiene que ser orientada hacia la satisfacción de los requerimientos de la totalidad o de la mayor parte de la población, tanto en cantidad como en calidad, y la política económica debe tender a satisfacer las necesidades nacionales antes que a la exportación de alimentos esenciales.

Una de las deficiencias más graves es la falta de proteínas de alto valor biológico; sin embargo, hoy día se han desarrollado varias nuevas fuentes de proteínas, tales como harina de pescado, semilla de algodón, maní y soya, que pueden reemplazar a las proteínas tradicionales de origen animal. Pero, hasta la fecha, no se han producido en gran escala y, en consecuencia, todavía no han contribuido en forma significativa a erradicar la malnutrición proteínica aguda.

Desde el punto de vista del desarrollo de fuentes de proteínas de origen animal, la hidatidosis y la fiebre aftosa son algunas de las enfermedades que más perjudican la explotación agropecuaria. Se estima que si se controlaran estas enfermedades, se podría aumentar el rebaño americano en más de un 25 por ciento.

Cada año, se sufren pérdidas considerables de alimentos almacenados a causa de la destrucción que ocasionan roedores e insectos, situación que contribuye aún más a disminuir la disponibilidad de los alimentos que se producen.

En el campo de la salud, la malnutrición contribuye en gran parte a agravar los problemas existentes, especialmente en los grupos vulnerables de madres embarazadas y lactantes y niños de edad pre-escolar.

La mortalidad específica en el grupo de 1-4 años es un buen indicador del estado nutricional de la población. En la actualidad, en muchas áreas de la América Latina se registran en este grupo tasas de mortalidad hasta 30 veces más altas que en las poblaciones bien nutridas, mientras que las tasas específicas de mortalidad causadas por enfermedades, tales como el sarampión y las enfermedades diarreicas, son 100 a 200 veces más elevadas. El alto costo de la hospitalización de esos niños malnutridos representa un gasto considerable frente a los recursos económicos de los servicios de salud. Se ha demostrado que la malnutrición causa retrasos significativos en el desarrollo físico y mental del niño, situación que resulta en una constitución débil y bajos niveles intelectuales en el adulto, lo que a su vez tiene graves repercusiones en el desarrollo económico de un país.

Las deficiencias generalizadas de yodo y hierro causan respectivamente altas tasas de morbilidad por bocio endémico y anemia. También, algunas vitaminas específicas disminuyen la resistencia del individuo a las enfermedades comunes. Mediante los sencillos procesos de yodización de la sal y enriquecimiento de cereales, se pueden evitar estas situaciones; sin embargo, estas medidas se aplican hoy día sólo en unos pocos países.

Actualmente, se llevan a cabo programas de distribución de alimentos en todas las regiones de la América Latina, que contribuyen en gran medida a aliviar la escasez existente de alimentos; sin embargo, no se puede considerar que estos programas resuelven el problema de manera permanente. Sólo un proceso de educación que abarque todos los aspectos

de la alimentación y de la nutrición puede combatir la malnutrición, que hoy se encuentra tan extendida. Actualmente, hay una gran escasez de especialistas en nutrición al nivel intermedio para realizar estos procesos educativos y se ha estimado que será preciso adiestrar unos 2.000 nutricionistas en los próximos cinco años para satisfacer las necesidades existentes en la América Latina.

A.6 Saneamiento del medio

La Carta de Punta del Este señala que se requiere suministrar, en el próximo decenio, agua potable y alcantarillado a no menos del 70% de la población urbana y al 50% de la población rural. Estudios recientes indican que 41 millones de habitantes del medio urbano carecen de agua en sus hogares y que esta deficiencia es aún mucho más aguda con respecto a los desagües. Las cifras relacionadas con las áreas rurales son muy incompletas. Se ha estimado, sin embargo, que alrededor del 70% de la población que vive en comunidades de 2.000 a 10.000 habitantes carece de agua potable. Estos antecedentes, unidos al crecimiento vegetativo de la población, revelan que en la década de 1961 a 1971, será necesario instalar servicios de agua y de alcantarillado para, por lo menos, 44 millones de habitantes en el medio urbano y 58 millones que vivirán en áreas rurales.

Junto a las pérdidas económicas inherentes, en vista del significado del agua para el desarrollo industrial y agrícola, es urgente mejorar esta situación; con mayor razón aún si se considera las altas cifras de mortalidad infantil y de los menores de 5 años, así como las de morbilidad por infecciones entéricas, consecuencias de la contaminación del agua, del suelo y de los productos en general. Si bien se estima que se han instalado servicios de agua para más de 25 millones de habitantes en la década pasada, la tasa de construcción de nuevos servicios y de expansión de los existentes ha sido muy inferior a la del crecimiento demográfico.

Hay diferencias marcadas en lo que respecta a extensión y efectividad de las instalaciones de agua y de desagüe en los diversos países de América Latina. En general, existen en las áreas centrales de las ciudades más importantes y benefician principalmente a los grupos de ingresos más elevados. Además, los servicios se están deteriorando rápidamente por haber estado en uso más allá de la capacidad normal de los equipos.

En la opinión del Comité Asesor en Saneamiento del Medio de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento TFH/2, pág. 11), la meta establecida para el abastecimiento urbano de agua en la Carta de Punta del Este está de acuerdo con la realidad, y puede alcanzarse y superarse en la mayor parte de los países.

Es digno de todo encomio el esfuerzo de los Gobiernos y de los habitantes en los dos últimos años, así como el interés de los organismos internacionales de crédito, muy en especial el Banco Interamericano de Desarrollo, para financiar servicios de agua. Informes recientes del Banco revelan que desde el comienzo de sus operaciones ha aprobado préstamos por 157 millones de dólares, los que unidos a una suma similar de los recursos domésticos, van a beneficiar alrededor de 15 millones de personas de 12 países de la América Latina. Además de una buena organización y administración en sentido comercial, hay que darle debida importancia a las tarifas para asegurar el mantenimiento y expansión de los servicios, así como la amortización de los capitales e intereses. La experiencia demuestra que las comunidades urbanas del Continente están

bien motivadas y dispuestas a contribuir razonablemente para obtener un elemento que es vital.

Estos hechos forman parte de la política establecida por los Gobiernos de las Américas en la Organización Mundial de la Salud y en la Organización Panamericana de la Salud y representan la norma que debiera aplicarse durante la década para cumplir con los objetivos de la Carta.

En lo que respecta al medio rural, el Comité Asesor de la Oficina Sanitaria Panamericana, arriba mencionado, estima que es posible proporcionar agua potable, accesible a los habitantes del 50% de la población rural. Si ésta viviera en aldeas o caseríos, deberían tomarse las disposiciones para que la colectividad disponga de agua dentro de las casas. La colaboración y participación de la comunidad es básica y, bien motivada, puede aportar su propio esfuerzo o, incluso, fondos para la realización de las obras. Se requiere, sin embargo, de un capital básico, un verdadero fondo de bienestar rural, si es que se quiere cumplir con dicho objetivo de la Carta. Este fondo podría ser financiado por los Gobiernos del Continente, incluyendo aportes de la Alianza para el Progreso. Los Gobiernos podrían obtener créditos que, a su vez, prestarían a comunidades organizadas para realizar las obras de saneamiento en primer lugar, y otras de su interés, con el fin de mejorar las condiciones de vida en el medio rural. Con plazos razonables, se podría recuperar en una alta proporción el capital inicial, con el fin de prestarlo a otras comunidades como un fondo rotatorio. Se le podría encomendar a la Oficina Sanitaria Panamericana el estudiar esta proposición y la forma de llevarla a la práctica, previa consulta con los Gobiernos interesados.

Dada la magnitud de los problemas de saneamiento urbano y de las responsabilidades que han adquirido las instituciones organizadas con este propósito, se estima que los Ministerios de Salud deben tener la responsabilidad por la programación, construcción y mantenimiento de las obras en el medio rural al contar con el financiamiento necesario. Por otra parte, deben mantener la facultad de vigilar las condiciones sanitarias de todos los sistemas de agua y desagüe, así como de aprobación de los planes de las nuevas instalaciones, antes que se inicie su construcción. Para este objeto, deben reforzarse los departamentos de saneamiento ambiental no sólo con el personal necesario, sino en su posición jerárquica dentro de los Ministerios, fondos asignados y responsabilidades.

Las posibilidades recientes para acelerar la provisión de agua en el Continente, ha dado particular urgencia a la formación de ingenieros sanitarios y personal auxiliar. Su número actual es inferior a los requerimientos de los programas financiados. Será indispensable dar particular atención a este problema, si se quiere cumplir con los objetivos en saneamiento de la Carta de Punta del Este. Igualmente, debe acentuarse la enseñanza de materias fundamentales de ingeniería sanitaria en la preparación de ingenieros civiles y otros profesionales que intervienen en la construcción de viviendas.

Se estima que más de la mitad de la población de la América Latina habita en viviendas insalubres. Los Ministerios de Salud debieran tener una participación más activa en los aspectos sanitarios de los proyectos

de vivienda. Para ello se requiere una coordinación más estrecha entre los organismos responsables del Estado. La rápida industrialización de muchas áreas está creando problemas de salud ocupacional, así como de contaminación del aire y del agua. Donde estos problemas sean de prioridad en los planes de salud, será indispensable abordarlos de acuerdo con los conocimientos existentes.

Una de las medidas que puede contribuir a la solución de los problemas creados por las industrias es su descentralización. En efecto, se cree que si se llevan las industrias a la zona rural no sólo disminuirán las inversiones en acueductos y alcantarillados, sino que se crearán nuevos incentivos para el desarrollo de dichas áreas.

B. MEDIDAS DE CARACTER GENERAL

B.1 Planes Nacionales de Salud

La Carta de Punta del Este reconoce que, para alcanzar los objetivos de la Alianza para el Progreso, se requiere preparar programas nacionales de desarrollo económico y social. Ellos deberán incorporar los esfuerzos propios encaminados, entre otros propósitos, a mejorar los recursos humanos y ampliar las oportunidades, mediante la elevación de los niveles generales de educación y salud; el perfeccionamiento y la expansión de la enseñanza técnica y la formación profesional.

El Plan Decenal de Salud que constituye la Resolución A.2 de la Carta recomienda, entre las medidas a largo plazo para la prevención de las enfermedades y la defensa y la recuperación de la salud, que se preparen planes nacionales.

Con este fin, es indispensable que se cumplan una serie de etapas, dentro de un proceso continuo y permanente, que se inicia con la formulación de la política general de salud, en el marco de los requerimientos del programa nacional de desarrollo. A esta formulación general debe seguir el estudio de los problemas y su cuantificación, el análisis de los recursos humanos y físicos disponibles, el establecimiento de prioridades, la fijación de metas, la selección de las técnicas más adecuadas y el desarrollo de métodos de información y evaluación con el fin de reajustar periódicamente los objetivos a la realidad que refleja la experiencia.

En la mayoría de los países de América Latina, con estadísticas insuficientes, los planes son más bien formulaciones de la política general a seguir frente a cada problema específico. A medida que mejore el conocimiento de la realidad, las metas podrán precisarse y referirse concretamente a las necesidades regionales o locales del país. El Plan Nacional será finalmente la expresión de lo que se proyecta cumplir en un período determinado con respecto a salud. Es evidente que de esta manera será posible definir en forma más precisa los objetivos del plan. Por eso, se afirma que un plan nacional de salud es un medio, un instrumento, parte de un proceso continuo en el cual las proposiciones primitivas se perfeccionan por la experiencia y la evaluación.

Estas razones justifican la necesidad de crear en los Ministerios de Salud unidades de planificación y evaluación, como lo indica la Resolución A.2 de la Carta de Punta del Este. Deben contar con técnicos, especialmente adiestrados en planificación. Es indispensable igualmente que los Ministerios de Salud estén representados en los organismos o juntas nacionales de desarrollo económico y social para asegurar la coordinación.

La preparación de planes y programas, en su desarrollo metodológico, debe ser del conocimiento del mayor número posible de técnicos en salud. El adiestramiento en esta materia es de particular urgencia. Se recomienda intensificarlo, para lo cual se reconoce de mucho valor los cursos que se han iniciado en el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social en colaboración con la OPS y en algunas Universidades del

Continente. Los técnicos así formados deberán organizar las unidades de planificación en los Ministerios y orientar a los responsables de los organismos regionales y locales de salud en los métodos respectivos.

Sin una base estadística adecuada, será difícil perfeccionar el proceso de la planificación. De aquí la recomendación a los Gobiernos en el sentido de "mejorar la recopilación y análisis de las estadísticas vitales y sanitarias, como base para formular y evaluar los planes nacionales de salud".

A pesar de los programas de adiestramiento en dicho campo y de los progresos de ciertos países, hay aún una grave deficiencia en la calidad y en la cantidad de los datos. Por ello, el conocimiento de los problemas de salud es relativo. Desde luego, en sólo 14 países de las Américas se levantaron censos en 1960 y en 7 se preparan para hacerlo en 1963; sólo hay un país que no ha dado a conocer todavía sus planes. La falta de los datos provenientes de censos recientes dificulta el análisis de los problemas de salud e influye en los planes y programas. El sistema de registro y certificación de nacimientos y muertes es generalmente inadecuado en cobertura y calidad. Igual ocurre con las estadísticas sobre servicios y datos básicos para la programación en todos los segmentos de la organización nacional de salud. Es más, no se comprueba siempre que la estadística ocupe un nivel administrativo apropiado en los Ministerios de Salud.

Uno de los objetivos generales que señala la Carta es el aumento en un mínimo de cinco años de la esperanza de vida al nacer, en el decenio. Para medir el progreso logrado, es indispensable construir tablas de vida, posibilidad que sólo tienen algunos países con censos recientes y un registro adecuado de la mortalidad. Se recomienda establecer "áreas de registro" en cada país en las cuales sea posible organizar la recolección y el análisis de las estadísticas vitales y de salud, datos que permitirán establecer las bases más adecuadas para la formulación de planes nacionales y determinar la expectativa de vida. Estas áreas demostrativas podrán irse extendiendo progresivamente en el país a medida que se preparen técnicos en estadística y mejore la organización local de salud.

El espíritu y la letra de la Carta de Punta del Este señalan que la salud es componente del desarrollo, y que los programas correspondientes deben incorporarse en el plan económico y social de cada país. De aquí la necesidad de una coordinación muy estrecha entre los técnicos de los distintos sectores a fin de adjudicar los recursos en forma de crear el mayor progreso social. La metodología de la planificación, sin embargo, requiere aún mucha investigación y análisis, especialmente para determinar prioridades para cada localidad y región, a fin de distribuir los recursos dentro de cada sector social.

La colaboración de los organismos internacionales se ha mostrado útil en este campo, tanto en el adiestramiento de técnicos, como en la asesoría que se está prestando a los Gobiernos para preparar planes. Se recomienda intensificar la coordinación entre las distintas instituciones internacionales, y, desde luego, se sugiere que las misiones conjuntas que invitan los Gobiernos incluyan expertos en salud.

La Resolución A.2 de la Carta de Punta del Este recomienda:

"Adoptar las disposiciones legales e institucionales que aseguren el cumplimiento de los principios y normas de la medicina individual y colectiva en la ejecución de proyectos de industrialización, urbanización, vivienda, desarrollo rural, educación, turismo y otros."

Esta proposición destaca la responsabilidad de los Ministerios de Salud en todos los proyectos que se realizan en los países y que tienden al crecimiento de la economía y al bienestar; no siempre se han incluido los programas de salud en los que se señalan en dicha recomendación.

La organización racional y la buena administración de los servicios es fundamental para realizar todo programa de salud y, por lo tanto, para cumplir los objetivos de la Alianza para el Progreso. Es indispensable crear una conciencia administrativa, y una verdadera motivación para obtener los mejores resultados al menor costo. La administración pública es por ello una función esencial al servicio de la técnica. Lamentablemente, en los Ministerios de Salud de las Américas es, en general, inadecuada en relación con las operaciones complejas de las diversas instituciones. Se explica así que no siempre se utilice en forma eficiente el personal y el conocimiento que existe en los países.

Procede mejorar los sistemas de administración que actualmente se emplean aplicando los principios científicos conocidos. Se requiere particular atención en lo que respecta a estructura, financiamiento y

presupuesto, personal y adquisiciones, operación y mantenimiento de edificios e instalaciones.

De igual necesidad es la formación y la capacitación del personal administrativo. Los de mayor jerarquía requieren preparación universitaria; las otras categorías de funcionarios pueden adiestrarse en servicio. Los administradores de salud deben aplicar los principios administrativos y delegar adecuadamente las responsabilidades y la autoridad para ejercerlas.

B.2 Mejoramiento de los servicios de salud

Al fijar el programa de acción para iniciar y llevar adelante la Alianza para el Progreso, las Repúblicas americanas convinieron ciertas metas para la década actual, entre ellas, la de mejorar los servicios de la salud a nivel nacional y local (Párrafo 8 del Título 1º de la Carta de Punta del Este).

El Plan Decenal de Salud Pública recomendó a los Gobiernos, entre otras acciones:

"Perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud nacionales y locales, integrando las funciones de prevención y curación; lograr un mejor rendimiento de los servicios de asistencia médica; crear progresivamente los que sean indispensables y asegurar la accesibilidad económica de agentes terapéuticos y de prevención de las enfermedades (Acápito 1-E de la Resolución A-2)".

La misma Resolución recomendó, entre otras medidas de efectos inmediatos, que los Gobiernos procuren:

"Que se atienda cada vez mejor y a mayor número de enfermos, perfeccionando la organización y administración de los hospitales y otros centros de protección y defensa de la salud".

Las pautas que se acaban de citar indican la preocupación de los firmantes de la Carta de Punta del Este en subrayar la conveniencia de considerar la prevención de las enfermedades y la defensa y

recuperación de la salud como un proceso continuo, planificado armónicamente y ejecutado en forma coordinada para producir mejor rendimiento en términos de eficiencia y extensión.

La documentación recolectada por el secretariado de la OSP incluye el Informe Final del Grupo Asesor en Atención Médica reunido por el Director de la Oficina en el mes de mayo de 1962, y los Documentos de Trabajo e Informe del Relator de las Discusiones Técnicas de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Minneapolis, Estados Unidos de América, en agosto-septiembre del mismo año. En estos documentos se advierte el mismo propósito, lo que refuerza y reitera los anhelos de quienes concibieran la Alianza para el Progreso y determinaran sus metas y líneas de acción.

La doctrina de la integración no admite separación entre prevención y curación. Destaca, entre las funciones sociales de la medicina, aquellas que se realizan en la comunidad y que comprenden los servicios organizados para proteger, fomentar y recuperar la salud. Este concepto implica que existe una dependencia mutua entre la medicina individual y colectiva. Ambas tienden a mantener a los seres humanos en las mejores condiciones de salud.

Podría decirse que el impacto que se espera producir con la prestación de servicios destinados a elevar el nivel de salud de las comunidades, depende fundamentalmente de tres factores distintos, pero interdependientes: el programa, la cobertura y los recursos.

Las técnicas modernas de investigación han aumentado considerablemente en estos últimos años los conocimientos sobre posibles medidas y procedimientos para prevenir la aparición de enfermedades y restaurar y mejorar el nivel de salud del hombre. Desgraciadamente, la utilización de la totalidad de estos conocimientos, en la escala necesaria para la obtención de los resultados deseados, encuentra serias dificultades por el hecho de que la aplicación práctica de muchos de ellos es costosa o compleja.

Razones morales, políticas y económicas obligan al Estado a preocuparse del bienestar de las gentes en general o de grupos determinados en particular y a intervenir, en consecuencia, en la planificación y distribución de los servicios de prevención de enfermedades y de promoción y recuperación de la salud.

En vastas extensiones de las Américas y en variadas actividades de salud, se ha observado que el número de beneficiarios representa sólo una parte de la población, frecuentemente una fracción muy inferior al límite útil.

Por otro lado, el apremio de otros sectores indica que los recursos humanos y financieros que existen o que se esperan en el sector salud no recibirán en el futuro inmediato el refuerzo considerado como necesario a la ampliación concomitante de cobertura y programa de actividades que sean comparables con los niveles alcanzados por países con condiciones distintas a las existentes en América Latina.

Una selección adecuada de las medidas y procedimientos de más alto rendimiento, en términos de disminución de morbilidad y mortalidad, puede permitir la formulación de un programa en que esté asegurada una cobertura progresivamente creciente del país y la máxima utilización de los recursos que existen o que se esperan.

El estudio crítico de los programas actuales bien puede revelar la conveniencia de hacer una cuidadosa revisión de las actividades en ejecución y la necesidad de rectificar, limitar y hasta interrumpir las que no se ajusten a los criterios de selección.

Un inventario del personal y de los recursos y materiales disponibles podrá servir de base a una redistribución de responsabilidades para conseguir su mejor utilización. Particular atención merecerá la red actual de servicios de recuperación de la salud, los hospitales en especial, que, a no dudarlo, aumentarán su rendimiento si se proyectan hacia la comunidad a través de sus consultorios externos y si modifica su programa de acción con el objeto de proporcionar paralelamente cuidados individuales y familiares de carácter preventivo. Todo esto hace resaltar las ventajas de una coordinación efectiva - o mejor de una integración de los servicios preventivos y curativos prestados por el Estado - y, por lo menos, del establecimiento de una relación armónica y cooperativa con las otras instituciones que dispensan cuidados médicos a la comunidad, o a una parte de ella. De seguirse este lineamiento se impondría revisar las leyes y reglamentos sobre el asunto y posiblemente promulgar la legislación necesaria.

La experiencia ha demostrado que los resultados más baratos y efectivos se obtienen cuando los servicios preventivos y curativos se estructuran, por lo menos, en tres niveles -el nacional, el regional y el local- y se encuentra cada uno de estos niveles bajo una dirección única, incorporando de esta manera la atención médica al consorcio de servicios básicos de salud. Es muy probable que la revisión de criterios de prioridades y el consecuente cambio de contenido del programa de salud, indique la conveniencia de reestructurar la actual maquinaria administrativa y, asimismo, introducir modificaciones en las estructuras de los ministerios con el propósito de asegurar la ejecución de las actividades consideradas más importantes. Por otro lado, el ataque a ciertos problemas de salud en régimen de campañas ha rendido o está a punto de rendir resultados cuyo mantenimiento, por razones económicas deberá traspasarse, cuando menos, a la responsabilidad de la red general de servicios locales de salud. La absorción de estas nuevas actividades, que surgieron como consecuencia de las campañas de inmunización contra la tuberculosis, vacunación contra viruela, erradicación de la frambesia y, en el presente, de la malaria, crea la necesidad de planificar la ampliación de los programas de dichos servicios locales.

Aunque muy justificable, la idea de asegurar al personal de los servicios de salud condiciones de empleo en un régimen de dedicación exclusiva no se realiza como lo requieren las funciones de determinados grupos profesionales. Una investigación cuidadosa del adiestramiento recibido por los técnicos de cada país y de la actual utilización de sus servicios podría servir como criterio para asignar responsabilidades

y seleccionar los cargos con dedicación exclusiva y con las remuneraciones correspondientes. Por otra parte, con miras a economizar tiempo y esfuerzos, es de toda conveniencia revisar el curriculum de los cursos locales de adiestramiento de personal, adaptando su contenido y duración a las necesidades de los servicios a que se destinen.

Dignos de consideración son los graves inconvenientes que se han notado cuando la ampliación de la red de servicios de salud, especialmente de hospitales, no se hace en forma paulatina y escalonada durante un período prudencial, por su implicación con requerimientos de personal y gastos de operación. Por otra parte, la inversión cuantiosa en construcción y equipamiento de estos servicios resulta poco productiva, a menos que se utilicen en su máxima capacidad.

Una vez más, en este campo se reconoce la importancia que tiene la información estadística con particular atención a los datos sobre recursos, servicios y rendimientos.

Hay suficiente evidencia de que las prácticas administrativas de muchos Ministerios de Salud de las Américas resultan inadecuadas para su amplio y complejo funcionamiento, así como para aprovechar eficazmente los recursos disponibles. En la Carta de Punta del Este se expresa en varias ocasiones la necesidad de adoptar medidas para mejorar la administración y la organización de los servicios, y esta necesidad sigue siendo de carácter imperativo.

Para obtener la máxima eficacia de las actividades, hay que adoptar sistemas de administración que permitan una ordenada planificación, preparación del presupuesto y asignación y distribución de fondos; la organización de un servicio profesional, con personal a tiempo completo, cuya contratación y ascenso se efectúen por méritos; la plena utilización del personal adiestrado con fondos públicos y el establecimiento de los servicios auxiliares que requiera un aprovechamiento más eficaz del personal técnico y profesional.

Conviene aplicar los principios de la organización científica a la administración de los servicios de salud, dedicando particular atención a la estructura orgánica, procedimientos financieros y presupuestarios, política en materia de personal, servicios de compras y suministros y funcionamiento eficaz de los servicios generales y de conservación de edificios e instalaciones.

Es preciso establecer una estrecha cooperación del personal técnico y administrativo, en todos los niveles. Dada la escasez de personal profesional capacitado, conviene organizar el trabajo en forma de obtener el mejor aprovechamiento de los técnicos en salud. Una programación adecuada permitirá obtener el máximo de rendimiento de los profesionales y auxiliares. Con este propósito, procede revisar las técnicas de adiestramiento en servicio y las de educación en todos los niveles.

Pero, por sobre todo, es indispensable crear una conciencia administrativa y un sentido de responsabilidad de todos los funcionarios, en concordancia con los propósitos superiores de los servicios de salud.

B.3 Educación y adiestramiento

En la Resolución A.2 se recomienda que se adopten las medidas necesarias para aumentar el personal de salud y mejorar su calidad con el fin de alcanzar las metas establecidas en la carta de Punta del Este. La parte pertinente de dicha Resolución dice así:

- "d) Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades. Con este fin es preciso:
- 1) Determinar el número de técnicos de diversas categorías, necesario para cada función o profesión.
 - 2) Capacitar en servicio a los funcionarios actuales y formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable y,
 - 3) Ampliar o crear los centros educativos necesarios."

En la mayor parte de los países de América Latina se carece en la actualidad de suficiente personal disponible para el servicio médico y de salud de la población. Esta deficiencia es en cantidad y, especialmente, en preparación técnica integral.

Para disponer de personal para los servicios de Salud Pública es preciso mejorar y ampliar las oportunidades educativas. Los trabajadores profesionales de salud procederán principalmente del grupo de quienes entren en las escuelas de educación superior para prepararse en carreras

de algunas de las especialidades sanitarias. Es necesario que un mayor número de personas terminen la educación secundaria y que se ofrezcan mejores oportunidades para los estudios universitarios. Igualmente será necesario aumentar, en forma muy grande, la producción de trabajadores sanitarios auxiliares, con una educación académica menor, a efecto de que presten ayuda especialmente en los campos de la enfermería y del saneamiento del medio. Las medidas relativas a su adiestramiento y supervisión forman parte también de la planificación necesaria en cuanto al personal de salud.

En algunos casos como el de los médicos, el aprovechamiento deficiente del personal es ocasionado principalmente por la mala distribución del mismo. Existe en América Latina, por ejemplo, un médico aproximadamente por cada 2.000 habitantes, lo cual relativamente no parecería ser una cifra muy desventajosa. Sin embargo, la acumulación en las ciudades deja una proporción sumamente desfavorable en las zonas rurales. En América Latina, se reciben anualmente unos 8.000 médicos que, más y más, son absorbidos a niveles municipales por los servicios del Estado. La brecha entre el tipo de preparación que se les da y el que se requiere necesita ser reducida a un mínimo. La preparación del médico debe incluir la relación que guardan la salud y la enfermedad con la estructura y la organización de la colectividad. Esto exige principios esenciales de administración sanitaria además de la preparación en ciencias básicas y clínicas usuales.

Las enfermeras graduadas en América Latina han sido hasta la fecha escasas, por falta de ciertos elementos para el reclutamiento de candidatos. Entre éstos, figuran la educación superior para la mujer y las facilidades de adiestramiento existentes, así como la categoría de sueldos que no siempre guardan relación con los emolumentos obtenidos por mujeres en otras profesiones, con un número similar de años de preparación.

Las enfermeras graduadas, actualmente en servicio, existen en proporción aproximada de una por 5.000 habitantes, lo cual no permite el desarrollo adecuado de los servicios de enfermería necesarios ni la supervisión del personal auxiliar de enfermería.

Las encuestas realizadas en varios países, en relación con los recursos en el campo de la enfermería, han demostrado que, por lo menos, el 50% de los servicios de enfermería son prestados por personal auxiliar sin preparación formal y sin supervisión médica, ni de enfermería. En las zonas rurales de muchos países, aun actividades calificadas como propiamente médicas, tales como atención a partos, atención de pequeña cirugía u otras, son llevadas a cabo, con frecuencia, por personal auxiliar de enfermería sin adiestramiento formal y con los consiguientes riesgos.

Se requiere, pues, en el caso de las enfermeras, incrementar en el mayor grado posible, la preparación de enfermeras con instrucción especial en las técnicas y métodos de la enseñanza y supervisión de auxiliares, así como en educación para la salud, sin que ello signifique prolongar más allá de tres años la carrera.

En el campo del saneamiento del medio se calcula que existen en América Latina 2,000 Ingenieros Sanitarios, o sea, uno por cada 100,000 habitantes. En la actualidad, se producen aproximadamente 100 nuevos ingenieros sanitarios por año en América Latina y su número deberá incrementarse para el desarrollo de los programas de saneamiento. Es conveniente que los ingenieros civiles y otros profesionales que intervienen en estos programas reciban la enseñanza de los principios básicos de saneamiento y educación para la salud.

Los programas de dotación de agua a zonas urbanas y rurales y desarrollo de otros servicios de saneamiento requieren quizá, a corto plazo, mejor utilización de los servicios de los profesionales, y, a largo plazo, mayor producción de éstos bajo las normas de calidad requeridas.

En cuanto a los Inspectores Sanitarios, que existen actualmente en proporción de uno por 25,000 habitantes, los requisitos de educación básica no se han cumplido siempre en la proporción que fuere deseable. El adiestramiento adecuado en los métodos y técnicas de la enseñanza y la supervisión podría quizá multiplicar la utilidad de aquéllos que reciben enseñanza formal, a efecto de ampliar las capacidades potenciales de los sanitaristas auxiliares.

Los dentistas y veterinarios existen en América Latina en proporción de uno por 5,000 y uno por 50,000. Estas cifras, por supuesto, no representan sino los números absolutos y las grandes zonas urbanas absorben desmedida proporción de estos profesionales.

En relación con el personal sub-profesional en general, las cifras son mucho menos favorables y las necesidades en materia de supervisión mayores. Es necesario considerar la necesidad de una buena base de educación secundaria para los inspectores sanitarios, auxiliares de enfermería, estadísticos, etc.

Una relación y colaboración estrecha entre las instituciones de salud pública y las universitarias y de educación básica podría resolver parte de los problemas actuales. La colaboración de un ministerio de salud pública con las escuelas profesionales para ayudar, como consumidores del producto, a prepararlo mejor para satisfacer sus necesidades puede ser un paso esencial en el desarrollo de los programas de salud.

El enlace constante entre las distintas entidades gubernamentales responsables de la salud, de la educación básica y de los estudios universitarios es un requisito indispensable para la planificación de los recursos humanos que se requieren al llevar a cabo la tarea de mejorar la salud de las Américas.

Considerando que el médico asume un papel directivo en los programas y tendrá a su cargo la orientación de los restantes profesionales que participan en el equipo de salud, es indispensable que los ministerios de salud colaboren más estrechamente con los programas de formación de médicos en América Latina.

La formación de médicos debe ser concebida como un proceso sistemático orientado a objetivos precisos, como parte inseparable de cualquier

programa de salud y, por lo tanto, ser objeto de una planificación cuidadosa. Se considera aconsejable, por lo tanto, que se lleve a cabo una revisión en los actuales programas de enseñanza de la medicina. Esta revisión, y la planificación de futuras actividades de estos centros de enseñanza, es conveniente que se haga en forma conjunta por los encargados de programar la educación médica, en estrecha colaboración con representantes de las instituciones implicadas en la atención médica y cuidado de la salud en los países. Eventualmente, podría recurrirse a la asesoría de otros organismos nacionales o internacionales con experiencia al respecto.

De hecho, este grupo planificador sería responsable de diseñar planes realizables a corto y largo plazo; de determinar cuáles son las necesidades más apremiantes y los recursos existentes, y señalar prioridades. La formación de médicos para un país no puede dissociarse de la "demanda médica" de las poblaciones que deberán satisfacer y, además, de la cantidad de recursos que la comunidad puede ofrecer para preparar médicos y mantenerlos en servicio, de acuerdo con el progreso de la ciencia y arte médicos. Dicho estudio deberá analizar los aspectos que intervienen en la productividad y rendimiento y, en especial, en las condiciones de trabajo de los médicos y el grado de satisfacción que obtuvieron en su trabajo, así como las actitudes del personal de colaboración médica, proporción entre los diversos grupos técnicos y la eficiencia de la organización administrativa de los establecimientos encargados del cuidado de la salud. Tampoco, puede ignorarse la actitud de la población frente a la enfermedad y a la salud y su respuesta, como conducta frente a los servicios médicos.

Se supone, con frecuencia, que, a una mayor razón médico/habitantes corresponde una mejor atención médica, lo cual no es necesariamente así, pues la utilización de los servicios médicos es función de factores sociales y económicos. De hecho, no existe ninguna prueba de que el aumento del número de médicos en relación con la población, más allá de cierto límite, va a reflejarse en una baja de los índices de mortalidad o morbilidad de una comunidad, y ni siquiera en una promoción mejor de la salud de dicho grupo social.

La cifra de médicos para atender a una población varía según la carga que representen las enfermedades, la organización del sistema de atención médica, el número de enfermeras y personal auxiliar disponible y los variados factores sociales y económicos que influyen en la utilización de los servicios del médico.

Se considera que, por ahora, no parece posible sugerir o establecer una cifra única e igual para todas las naciones de la proporción conveniente de médicos. Por eso es muy urgente determinar el número de profesionales médicos indispensables para cada país. Se siguen empleando razones provenientes de países con una cultura, formas de vivir y estructuras político-administrativas distintas y con un desarrollo económico consolidado, a diferencia de la mayoría de los países de la América Latina. La calidad de los recursos es un factor digno de tener en cuenta, así como la relativa urgencia de los problemas médicos y sociales. La resolución de este problema requiere de un análisis cuidadoso de los recursos médicos de cada país y la tendencia y magnitud de la demanda médica por

las poblaciones. Asimismo, debería prestarse debida atención a la productividad y rendimiento de los médicos, que es, en última instancia, el punto de mayor interés.

Se considera que el desarrollo de la educación médica es esencial para el éxito de los programas de protección, fomento y recuperación de la salud, tanto a nivel local, como en los planes nacionales de salud. Este aspecto adquirirá especial importancia con el nuevo esfuerzo que el Continente enfrenta para obtener un mejor desarrollo económico y social.

En efecto, el médico asume en los programas de salud, además de la labor profesional y técnica, un papel directivo, educador y orientador del personal técnico de colaboración médica, de los otros profesionales y del personal administrativo. La posición del médico es de alta responsabilidad no sólo por su misión sino por la cuantía de los recursos que los programas de salud entregan al grupo técnico que él encabeza.

Sin un número adecuado de médicos eficientes, ningún programa de cuidado de la salud puede tener éxito y, por eso, los Ministerios de Salud y los organismos dependientes y que tienen a su cargo el cumplimiento de dichos programas, deben interesarse y colaborar en la formación y perfeccionamiento de los médicos. Se estima que es altamente conveniente que se estrechen con tal fin las relaciones entre los Ministerios de Salud y las Escuelas de Medicina. Además, se encarece a los Ministerios de Salud que presten apoyo moral a las Escuelas de Medicina y, siempre que sea posible, la asistencia financiera indispensable para fortalecer el funcionamiento de sus servicios y para el desarrollo y ampliación de

sus programas educativos. Se considera que tales esfuerzos cooperativos podrían ayudar a los servicios encargados del cuidado de la salud en el desempeño de su responsabilidad en la prestación de asistencia médica a los habitantes. Las Escuelas de Medicina, además, a través de sus programas de investigación científica, contribuyen poderosamente a mejorar las condiciones de salud de la población.

También se encarece a los Ministerios de Salud que, para facilitar los planes de expansión de los programas de educación médica, pongan a disposición de las Escuelas de Medicina todos los recursos que posean las de su dependencia. Estos incluyen hospitales y centros de salud que sirvan de ejemplo demostrativo por la alta calidad del cuidado de la salud que ofrecen y por su proyección hacia las comunidades a las que sirven.

También los Ministerios de Salud podrían facilitar algunos servicios de salud urbanos y rurales debidamente seleccionados para prácticas de los estudiantes, internos y residentes, las cuales deberán hacerse bajo permanente supervisión por los profesionales de la institución y por el personal docente. Estas actividades, al enfrentar a los estudiantes con la realidad sanitaria de las áreas rurales, contribuyen a acentuar su sentido de responsabilidad, le dan una visión más amplia de la medicina y pueden ofrecerle incentivos para que, una vez graduados o especializados, ejerzan su actividad profesional en ellas. Se podría con ello contribuir a la mejor distribución de los médicos.

B.4 Investigación

En la Resolución A.2 se subraya la contribución que pueden aportar las investigaciones a la salud del individuo y de la colectividad y a tal efecto se recomienda:

"g. Hacer el mejor uso posible de los conocimientos derivados de la investigación científica, para la prevención y el tratamiento de las enfermedades."

Todo programa sistemático para el fomento de la salud, previsto en la Alianza para el Progreso, debe basarse en gran medida en un mejor conocimiento de las ciencias biológicas, y para obtener los conocimientos necesarios es preciso realizar investigaciones en medicina, ingeniería y sociología

Entre los campos fundamentales de investigación figuran las causas, el tratamiento y el control de las enfermedades, la aplicación de principios y métodos conocidos de control de las condiciones ambientales relacionadas con la salud, y la adaptación de los conocimientos disponibles sobre la prestación de cuidados médicos dentro de la estructura socio-económica de los distintos países, regiones y localidades.

Para intensificar y ampliar las investigaciones en esos aspectos hay que contar con personal profesional y subprofesional debidamente capacitado, que escasea en las Américas en todos los campos de investigación de las ciencias biológicas. Por consiguiente, es apremiante

la necesidad de movilizar el personal científico disponible para que lleve a cabo investigaciones dentro del marco del fomento de la salud en general y de acelerar los programas de adiestramiento en investigaciones para personal profesional de talento, con el propósito de que éste pueda atender a las necesidades futuras. Cada Gobierno debería evaluar las investigaciones que se llevan a cabo en el país y los recursos para la formación de investigadores, con miras a aumentarlas en relación con el estudio de los problemas de salud.

Es preciso estimular la utilización y coordinación de los recursos en materia de investigación y adiestramiento de que disponen las escuelas de medicina, medicina veterinaria, odontología, salud pública e ingeniería sanitaria, instituciones de investigación y organismos gubernamentales.

Dentro del plan de la Alianza para el Progreso, los campos de investigación que se indican a continuación revisten particular interés: control y erradicación de enfermedades transmisibles y de la desnutrición; estudios de ingeniería en los campos de saneamiento del medio, vivienda, higiene industrial y contaminación del aire y del agua; estudios económicos y estadísticos de la organización y administración de los servicios de cuidado médico y salud pública; estudio de las necesidades de personal profesional y auxiliar en las ciencias de la salud.

Por último, es importante que las investigaciones en los campos de la biomedicina, de la bioingeniería y de la biosociología estén estrechamente coordinadas con las necesidades tanto en lo que se refiere

a sus operaciones como en materia de información de los servicios de salud, organismos de planificación de salud e instituciones dedicadas a la educación y al adiestramiento del personal de salud. La efectividad y eficacia de la labor de planificación en materia de salud y de los servicios correspondientes dependan de la recopilación de datos básicos fidedignos sobre la salud.

Se deben realizar investigaciones, a fin de establecer mejores métodos para obtener los datos necesarios sobre la salud, para su elaboración, análisis y uso en la administración de todos los programas pertinentes.

B.5 Aumento en un mínimo de cinco años de la expectativa de vida al nacer, durante el decenio

Los programas de construcción de sistemas de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas residuales, higiene ambiental, erradicación y control de las enfermedades transmisibles y mejoramiento del estado nutricional, influyen en la salud de la población, ya que evitan enfermedades y defunciones. Las metas específicas previstas en estos programas consisten en la completa erradicación de la malaria y de la viruela en el Hemisferio y el suministro de sistemas de abastecimiento de agua potable y de alcantarillado.

La reducción de la mortalidad y la prolongación de la vida es una medida de los efectos combinados de los programas de salud y de otros adelantos encaminados al progreso social.

En los países donde se registran tasas de mortalidad excesivas, la ampliación de los programas de salud y el desarrollo social y económico se traducen generalmente en notables aumentos de la expectativa de vida al nacer. La reducción de la mortalidad, especialmente de los menores de cinco años de edad, produce un rápido aumento de la esperanza de vida, como lo demuestran los datos relativos a Chile, México y Venezuela. La reducción de la tasa de mortalidad de los menores de cinco años, a la mitad de las tasas actuales en muchos de los países latinoamericanos, aumentaría en principio la esperanza de vida en 5 ó 6 años. Puesto que un mejoramiento importante de las condiciones ambientales y del estado nutricional de la población, así como la ampliación del programa de prevención de enfermedades transmisibles, reducirían también

la mortalidad de niños mayores y de adultos, cabe esperar que estos programas contribuyan a aumentar la esperanza de vida al nacer, de 5 a 10 años.

Para la construcción de tablas de vida se requieren datos exactos sobre la población por edades, obtenidos de censos, y sobre las defunciones por edades obtenidos mediante un sistema de registro. Estos datos estadísticos son indispensables para muchos aspectos de la planificación y de la evaluación de programas, así como para preparar ese instrumento de medición de los resultados. En siete países de las Américas no se han levantado censos en los años alrededor de 1960. Por consiguiente, no se dispone de la base de población para construir una tabla de vida. Convendría levantar censos lo antes posible, a fin de obtener datos para numerosas fases de la planificación del desarrollo económico y social.

Desgraciadamente, el registro de defunciones es incompleto en muchas zonas de las Américas; además, las defunciones ocurridas en la niñez y en la primera infancia no han sido registradas tan exactamente como las correspondientes a otros grupos de edad. En consecuencia, es conveniente que todos los países lleven a cabo planes minuciosos para medir exactamente la mortalidad en el momento actual. Podrían seleccionarse ciertas zonas representativas que contaran con un buen registro de defunciones y nacimientos, determinado por estudios adecuados. Si el registro es incompleto, hay que corregir las tasas de mortalidad existentes, a fin de obtener un cálculo de la esperanza de vida al nacer que refleje la verdadera situación al comienzo de la presente década.

Así, pues, es necesario que todos los países realicen un esfuerzo inmediato para obtener cifras de población de los censos y tasas de mortalidad corregidas que puedan utilizarse en la construcción de tablas de vida correspondientes a 1960 o a 1961, o a la fecha más temprana posible de la década de 1960.

Además del establecimiento de la línea de base la esperanza de vida al comienzo del período, la planificación adecuada requiere una elaboración constante y continua de datos que son esenciales para medir los progresos realizados en el curso del decenio.

De las muertes por grupos de edad, se determinarán aquellos grupos en donde la mortalidad difiere más de la de aquellos países avanzados sanitariamente. Seleccionados estos grupos, que especialmente son aquéllos por debajo de cinco años, se hará un estudio de las principales causas de muerte. Este estudio podrá hacerse basado en todos los certificados de defunción o por muestreo de otras fuentes, si fuere necesario.

De estas enfermedades que constituyen las principales causas de muertes, se seleccionarán aquéllas para las cuales existen procedimientos eficaces. De esta manera, el programa de salud podrá orientarse a aplicar medidas específicas y directas contra dichas causas de muertes. Este procedimiento permitirá obtener beneficios más rápidos de los que se han venido consiguiendo en el pasado.

Asimismo, conviene adoptar las medidas necesarias para levantar un censo en cada país, en 1970 o alrededor de esa fecha. En las zonas

representativas o de registro, deben establecerse procedimientos que garanticen el registro satisfactorio de nacimientos y defunciones, métodos que se extenderán lo mas rápidamente posible a todo el país. Se espera que, al final del decenio, se dispondrá de datos del censo y del registro, a fin de hacer una evaluación exacta de los progresos realizados.

La meta de aumentar en cinco años el promedio de la esperanza de vida al nacer, en este decenio, parece ser un criterio práctico y útil para determinar el éxito de los programas que tiendan a mejorar las condiciones de salud en las Américas.

VII. RECOMENDACIONES

A.1 Erradicación de la malaria

a) La presencia de la malaria todavía representa, en extensas zonas de las Américas, un factor negativo importante en relación con los objetivos económicos y sociales, a corto y a largo plazo, aprobados por los Gobiernos en el Acta de Bogotá y ampliados en la Carta de Punta del Este. En consecuencia, es imperativo que los Gobiernos sigan concediendo prioridad fundamental a las campañas de erradicación de la malaria.

b) Se requieren mayores recursos económicos para intensificar las acciones antipalúdicas y su evaluación. Es recomendable que las instituciones internacionales incrementen su aporte y que los Bancos internacionales ofrezcan a los Gobiernos los créditos necesarios.

c) Es indispensable perfeccionar la administración de las campañas de erradicación, para darle mayor flexibilidad y expedición. Es recomendable evitar, hasta donde sea posible, la interferencia de intereses ajenos.

d) Es recomendable una coordinación más estrecha entre los servicios regulares de salud y los de erradicación del paludismo; aunque esta coordinación debe establecerse desde el principio de las acciones antimaláricas, se hace más indispensable en la fase de consolidación.

e) Es altamente conveniente que los países afectados por la malaria se ayuden recíprocamente, mediante el intercambio de recursos y/o su regionalización, especialmente para aquellas zonas limítrofes de más difícil acceso.

f) Es indispensable la preparación de un mayor número de epidemiólogos y entomólogos, con sólida base científica y biológica.

g) Se sugiere que se continúe estimulando la producción de nuevos insecticidas con acción residual prolongada, así como de medicamentos antipalúdicos de efecto curativo radical y supresivos de acción prolongada.

h) Se recomienda que se prosigan las investigaciones tendientes a esclarecer los mecanismos de acción de los insecticidas y su relación con el fenómeno de la resistencia de los insectos.

i) Se sugiere solicitar a UNICEF y a otras organizaciones, que han hecho aportes financieros para las campañas de erradicación, no los interrumpan hasta que la Oficina Sanitaria Panamericana no haya registrado que la erradicación se ha logrado.

A.2 Tuberculosis

1. Los Gobiernos deberán tomar las medidas necesarias para intensificar el control de la tuberculosis, de acuerdo con la Resolución A.2 de la Carta de Punta del Este, dándole la prioridad que merece dentro de un programa nacional de salud.

2. Los Gobiernos deben orientar los programas de lucha antituberculosa hacia la aplicación de los métodos modernos más sencillos y económicos para el diagnóstico, tratamiento y profilaxis de la enfermedad a la mayor cantidad de población y dentro del concepto básico de que, siendo una enfermedad transmisible, los esfuerzos deben dirigirse primero a interrumpir la cadena de transmisión.

3. Los Gobiernos deben reconocer la importancia de la integración de los servicios antituberculosos en los servicios generales de salud, incluyendo los llamados de atención médica, y deben facilitar dicha integración como forma práctica para mantener la acción contra la tuberculosis, en forma permanente y por largo plazo.

4. Los Gobiernos deben incrementar la preparación de los médicos de los servicios de salud en las técnicas del diagnóstico, tratamiento y quimioprofilaxis de la tuberculosis, en la interpretación de la información epidemiológica y en la administración de programas de lucha antituberculosa dentro de los servicios generales de salud. También, deben incrementar la preparación del personal auxiliar de los servicios generales de salud en las técnicas específicas utilizadas en la prevención y control

de la tuberculosis. Esta preparación es urgente para atender al problema, pero, además, constituye un paso importante para lograr la integración de los servicios y la puesta en práctica del programa con personal no especializado.

5. Los Gobiernos deben asegurar las asignaciones presupuestarias que sean necesarias para desarrollar sus programas de lucha antituberculosa que son a largo plazo, y deben estimular la cooperación de la comunidad en actividades específicas complementarias del programa nacional.

6. Considerando que el mantenimiento de un control de la tuberculosis requiere amplias disponibilidades tanto de fondos como de personal, se solicita, en forma especial, de los organismos internacionales que intensifiquen su cooperación tanto en asistencia técnica, como en financiamiento, para ampliar el control de la tuberculosis en los países latinoamericanos.

A.3 Erradicación de la Viruela

a) Los Gobiernos de los países donde todavía existen focos deben ampliar y acelerar sus respectivos programas nacionales de erradicación de la viruela; concederles alta prioridad en los planes nacionales de salud, y gestionar en fuentes nacionales e internacionales la obtención de los fondos y recursos adicionales que se necesiten.

b) Los Gobiernos que ya hayan erradicado la viruela deben establecer procedimientos, dentro de los servicios de salud, que garanticen el mantenimiento de niveles adecuados de inmunidad y permitan ejercer una continua vigilancia para evitar la recurrencia de la enfermedad. Esto se obtendrá con la vacunación anual de una quinta parte de la población.

c) Los Gobiernos deben coordinar sus esfuerzos y prestarse ayuda recíproca para el desarrollo de programas de vacunación antivariólica que conduzcan a la erradicación de la viruela en el Continente Americano en el plazo más corto posible. La ayuda entre países se considera especialmente útil en la atención de las áreas fronterizas.

A.4 Enfermedad de Chagas

1. Se recomienda que al término de los programas de erradicación del paludismo, los equipos de desinsectación se dediquen a programas de rociamientos con miras a la erradicación o disminución de los triatominos en las viviendas, particularmente en aquéllas en donde como consecuencia de los insecticidas empleados en la erradicación de la malaria, haya aumentado la densidad de dichos insectos, y que tales rociamientos se extiendan a las demás áreas infestadas por los vectores de la enfermedad de Chagas; en estos programas debe requerirse la cooperación de las comunidades.

2. Se recomienda que en los países en donde todavía no existe un conocimiento sobre la magnitud del problema de enfermedad de Chagas se emprendan encuestas epidemiológicas, como parte de las actividades regulares de los servicios de salud y, si es necesario, en colaboración con las instituciones universitarias de investigación.

3. Es importante que los Gobiernos, con la colaboración internacional, refuercen y amplíen las investigaciones sobre patogenia, diagnóstico, epidemiología y terapéutica de la enfermedad de Chagas.

4. Por las conexiones que el problema de la enfermedad de Chagas tiene con las viviendas de mala calidad, se sugiere a los Gobiernos que las instituciones encargadas de los planes de viviendas, le den especial prioridad a la renovación o refacción de las casas en áreas donde

prevalecen los triatominos. Las comunidades rurales, debidamente informadas y organizadas, deberán participar activamente en el mejoramiento y renovación de sus viviendas.

5. Se recomienda la cooperación internacional para los programas actuales y futuros de control de los vectores de la enfermedad de Chagas.

A.5 Nutrición

1. Se sugiere que los Ministerios de Salud establezcan normas mínimas para la nutrición adecuada de la población humana, tanto desde el punto de vista de los requerimientos individuales, como de las necesidades de la población en su conjunto, y que, sobre esta base, se proceda a una racionalización de la política agrícola ganadera y de otras fuentes de producción de alimentos con el objeto de atender a estos requerimientos.

2. Se recomienda que los Ministerios de Salud participen activamente en la planificación y desarrollo de programas de nutrición y que la nutrición se integre efectivamente en los programas de salud, de modo que llegue a ser un servicio básico a nivel local.

3. Se recomienda que, a fin de que los programas de nutrición al nivel nacional sean eficaces, se estreche, en mayor grado, la coordinación entre los servicios de salud, agricultura y educación entre sí y con otros organismos nacionales e internacionales.

4. Es aconsejable que se intensifiquen considerablemente las actividades de adiestramiento de personal en nutrición a todos los niveles para los efectos de que pueda trabajar en programas regionales y locales de nutrición aplicada.

5. Es indispensable que en los programas de saneamiento ambiental se preste mayor atención a la lucha contra los roedores e insectos en relación con el almacenamiento de los alimentos, y que se realice un mayor esfuerzo para controlar las enfermedades enzoóticas, con miras a lograr una mayor producción de proteínas de origen animal.

6. Se sugiere que los Gobiernos establezcan una legislación práctica en materia de yodización de la sal y enriquecimiento de cereales.

7. Se recomienda que los Gobiernos intensifiquen las investigaciones y estudios sobre la producción industrial, distribución y utilización de nuevas fuentes de alimentos de bajo costo especialmente de aquéllos de alto valor proteínico.

8. Se sugiere que los Gobiernos realicen estudios para obtener información sobre la producción y el consumo de alimentos.

A.6 Saneamiento del medio

1. Entre los programas de salud debe concederse la más alta prioridad al saneamiento ambiental, y, dentro de este campo, a los de abastecimiento de agua, alcantarillado y eliminación de excretas en las zonas urbanas y rurales de la América Latina. Esta prioridad debe reflejarse en los programas de desarrollo nacional, especialmente en lo que se refiere a asignación de fondos y creación de los organismos necesarios para cumplir con las metas fijadas por la Carta de Punta del Este.

2. Deberán intensificarse al máximo los programas de construcción de sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado en las áreas urbanas, basados en el autofinanciamiento de tales obras mediante tarifas racionales y una organización regida por principios de sana administración. Los Ministerios de Salud Pública deberán estimular y coordinar sus actividades con los otros organismos nacionales o locales encargados de los servicios urbanos de agua y alcantarillado.

3. Para poder cumplir con la meta fijada por la Carta de Punta del Este en las zonas rurales, la Organización Panamericana de la Salud debe estudiar la posibilidad de que se establezca un Fondo Especial, que se podría llamar de Bienestar Rural, con aportes de los países, de la Alianza para el Progreso y de otros organismos internacionales. Este Fondo permitiría a los Gobiernos elaborar y ejecutar proyectos de saneamiento ambiental, con la colaboración de las comunidades organizadas, debiendo dar prioridad al abastecimiento de agua.

Los Ministerios de Salud serán los encargados de la programación y ejecución de las obras de saneamiento rural. Podrán prestar o adjudicar las sumas necesarias a las comunidades organizadas para las obras mencionadas. Se estima que, con plazos razonables, se podría recuperar en una alta proporción el capital inicial, el cual, como un fondo rotatorio, podría beneficiar a otras comunidades.

4. Los programas de saneamiento rural deberán iniciarse en las áreas de mayor concentración de población y en donde el sistema pueda servir a un conjunto de casas. Cuando las condiciones económicas de la población lo permitan, podrán instalarse servicios de agua en las viviendas, quedando a cargo del Ministerio de Salud hacer las conexiones domiciliarias.

5. Se recomienda otorgar a las unidades de saneamiento una alta jerarquía para que puedan ejercer sus propias funciones de asesoría dentro de los Ministerios de Salud y, además, las de coordinación y supervisión de todos los organismos gubernamentales que también tengan a cargo estas tareas.

6. Los Ministerios de Salud deben participar activamente en la planificación y ejecución de los programas de vivienda patrocinados por los Gobiernos, particularmente aquéllos que se desarrollen en las áreas rurales y estimular la construcción o mejoramiento de viviendas con ayuda propia, así como el desarrollo de cooperativas para lograr este objetivo.

7. Los Ministerios de Salud deberán intensificar los programas de higiene del trabajo, así como aquéllos tendentes al control de la contaminación del agua y del aire. Especial importancia deberá darse a la protección del campesino contra los riesgos del trabajo, principalmente de aquéllos derivados de las prácticas agrícolas modernas. También, los programas de industrialización deberían incluir las medidas de higiene y seguridad industriales.

8. En los contratos de préstamos de los Bancos Internacionales a las empresas públicas o privadas, se sugiere la inclusión de cláusulas en donde se prescriban medidas de protección para disminuir los riesgos del trabajo, de acuerdo con la legislación de cada país. Se solicita que la Oficina Sanitaria Panamericana haga las gestiones pertinentes.

9. Se reconoce la urgencia de dar la mayor importancia a la formación de personal profesional y subprofesional, en el campo del saneamiento ambiental, y se recomienda que los organismos internacionales concedan el mayor número posible de becas para ese fin y que colaboren en el adiestramiento de técnicos dentro de los países.

B.1 Planificación de la salud

1. Es indispensable que los Gobiernos procedan a crear unidades de planificación y evaluación dentro de los Ministerios de Salud formados por personal especialmente adiestrado. Deben tener representación en las unidades y comisiones nacionales de planificación del desarrollo, en lo posible con la participación personal de los Ministros de Salud o de sus delegados.

2. Se deben introducir en la organización y administración de la salud los cambios necesarios para orientar el proceso de la planificación por los cauces técnicos y administrativos que ésta necesita. Esto envuelve la racionalización administrativa de los servicios; el adiestramiento y aprovechamiento del personal; el perfeccionamiento de los sistemas financieros y la preparación de presupuestos por programas.

3. Se debe proceder a una modificación y mejoramiento de los sistemas estadísticos a fin de adaptar la recolección de datos y su análisis a los requerimientos de la planificación y su metodología. Con este fin, se recomienda que los Ministerios de Salud cuenten con unidades de estadística al nivel más adecuado. Se destaca la conveniencia de practicar censos de población, mejorar las estadísticas vitales y hospitalarias, elaborar las estadísticas de recursos y de otros elementos fundamentales. Sin embargo, se acepta que la planificación debe abordarse de inmediato, con los datos actuales aun insuficientes, sin esperar al perfeccionamiento de las estadísticas ni la realización de censos para iniciar el proceso. Se señala la conveniencia de buscar índices que permitan expresar en forma

objetiva los valores relativos de cada programa, sin olvidar que, como lo que se aspira es al mejoramiento de la salud, los índices que se empleen deberían ser fundamentalmente los que indiquen dicho progreso y no sólo índices de objetivos administrativos.

4. Se recomienda seleccionar "áreas de registro" en cada país, que comprendan una muestra representativa de la población, en la cual sea posible organizar la recolección y el análisis de las estadísticas vitales y de salud, datos que servirán de base para formular planes nacionales y calcular la expectativa de vida.

5. Debe intensificarse el adiestramiento en planificación del personal. No solamente deben formarse técnicos responsables de formular los planes y hacer la evaluación, sino enseñar la metodología a todo el personal que participe en el proceso de planificación.

6. Los Gobiernos deben definir la política de salud que conviene al país, de acuerdo a los planes de desarrollo, al crecimiento de la población y a otros factores.

7. Debe procederse a una planificación sistemática del territorio nacional, estudiando área por área, elaborando un diagnóstico de la situación de cada una de esas áreas, definiendo las prioridades de los problemas y proponiendo las soluciones más adecuadas o posibles que serán llevadas al nivel superior para decisión.

8. Los Gobiernos deben desarrollar investigaciones en áreas experimentales, procurando la coordinación con las Universidades, a fin

de conocer con la mayor precisión la naturaleza de los problemas, las normas que deben adoptarse de acuerdo a la realidad nacional, la forma de aprovechar mejor los recursos de que el país dispone, la actitud y respuesta de la comunidad y otros aspectos esenciales para el éxito de la planificación en escala nacional.

9. La importancia y variedad de las necesidades de salud, frente a la limitada disponibilidad de recursos para satisfacerlas, exige su ordenación, de acuerdo a prioridades que en el proceso de la planificación debe ser establecida a la luz de todas aquellas consideraciones que indica el interés nacional.

En el capítulo 3 de este informe se señalan los criterios para establecer prioridades.

10. Se recomienda que los Gobiernos completen cuanto antes los planes nacionales de desarrollo económico y social, incluyendo el programa de salud pública, para que el plan global pueda ser sometido, si así lo desean, al procedimiento de evaluación de la Organización de los Estados Americanos, a fin de que dicho plan y, en particular, el programa de salud pueda ser puesto en operación con recursos propios y con la ayuda financiera externa necesaria.

B.2 Mejoramiento de los Servicios de Salud

1. Al programar expansiones de los servicios existentes o nuevas actividades de salud se recomienda proceder a una revisión de los actuales, Se sugiere, asimismo, llevar a cabo un inventario del personal y de los recursos económicos y materiales con el objeto de asegurar su mejor rendimiento en términos de disminución de la morbilidad y mortalidad.

2. Los programas de luchas específicas ejecutadas por niveles centrales se justifican en determinadas circunstancias. Pero, se recomienda que, apenas ello sea posible, se incorporen a los servicios generales de salud.

3. Es conveniente programar la ampliación de los servicios de salud, especialmente 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 dentro de lapsos prudentiales, procurando la utilización plena de los recursos existentes. Los planes de construcciones deberán ser necesariamente consecuencia del plan general de salud.

4. 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 éstas 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 y con la tendencia a obtener una progresiva integración de estos servicios. La medicina preventiva y la curativa son un todo integral.

5. Es recomendable fomentar la regionalización de los servicios, con autosuficiencia técnica para la protección, promoción y recuperación de la salud.

6. Se recomienda que los organismos de crédito nacionales e internacionales, adapten sus normas de préstamo a las características peculiares de las inversiones en el sector salud, adecuando sus exigencias a las etapas programadas por los organismos de salud.

7. Se sugiere que los Gobiernos adopten medidas encaminadas a un análisis y revisión de la legislación en materia administrativa y reglamentos derivados de la misma, a fin de obtener una estructura legal que permita un aprovechamiento más eficaz de los recursos actualmente disponibles y de los que puedan obtenerse más adelante en virtud de la Alianza para el Progreso.

Se recomiendan las siguientes medidas específicas:

A. Que se proceda a un análisis crítico de la estructura y procedimientos administrativos, incluidos los métodos presupuestarios y fiscales y su relación con las necesidades, programas y recursos nacionales en materia de salud, con el fin de emplear mejor los fondos presupuestados para las actividades de salud, así como el personal y los servicios.

B. Que se adopten técnicas y medios modernos de administración, tales como presupuestos funcionales y sistemas mecánicos entre otros.

C. Que se emplee con más eficacia el personal administrativo, junto con el personal técnico, en la formulación, ejecución y evaluación de programas.

D. Que se establezcan un servicio de carrera y un sistema de ascenso por méritos, para el personal de los servicios de salud.

B.3 Educación y adiestramiento de los profesionales de salud,
en general

1. Se requiere un estudio minucioso sobre los recursos humanos actuales en los campos de la salud y el planeamiento de las necesidades a corto y a largo plazo.

A corto plazo, se trata básicamente de una mejor utilización de los recursos humanos para obtener las metas con establecimiento de las prioridades indispensables y la planificación a nivel nacional. Esto incluye entidades de salud y de educación. La supervisión y adiestramiento del personal auxiliar así como la debida dotación de material y equipo educativo son esenciales.

A largo plazo, se requiere mayor cantidad y calidad en los profesionales así como una distribución de acuerdo con las necesidades de la población urbana y rural. La utilización más apropiada de los recursos, por medio de mayor flexibilidad en los movimientos de personal se consideran como útiles. Por lo que se refiere al personal sub-profesional, la preparación académica indispensable así como la supervisión de calidad superior se consideran básicas para la realización de los planes nacionales de salud pública.

Los métodos para financiar la provisión y utilización de los recursos y facilidades constituyen parte de la planificación sobre la educación y adiestramiento del material humano, que utilizarán los servicios de Salud Pública.

2. Se recomienda el establecimiento de unidades inter-institucionales entre los Ministerios de Educación, las autoridades de las Escuelas Universitarias, los dirigentes de Salud Pública, las profesiones organizadas y para el estudio de la preparación de profesionales requeridos por los planes de salud.

3. Es recomendable que el concepto de las relaciones que guardan la salud y la enfermedad con la estructura y la organización de la colectividad, en forma de principios generales de administración de servicios de salud, se incorpore a los programas de enseñanza de las escuelas universitarias que preparan personal destinado a realizar funciones dentro del campo de la salud.

4. Se recomienda que la educación primaria y secundaria refuercen la enseñanza de aspectos relacionados con la promoción de la salud, y como una medida que facilite la preparación del personal auxiliar para las acciones de salud.

5. Se propone que se establezca una coordinación más estrecha entre los Ministerios de Salud, los Ministerios de Educación y las Universidades, a fin de mejorar el financiamiento y lograr un desarrollo más armonioso entre las funciones de las Escuelas de Medicina y las necesidades de los países en el campo de la salud.

6. Se propone que se estimule a las Escuelas de Medicina a planear sus programas de trabajo en colaboración con los Ministerios de Salud, de tal forma que se ofrezca una enseñanza en que se encuentren

más equilibrados los aspectos curativos de la medicina y los relacionados con la prevención de las enfermedades y fomento de la salud.

7. Se recomienda que los Ministerios de Salud colaboren con las Escuelas de Medicina, proporcionándoles los medios para que los hospitales y centros de salud sirvan como instituciones de aprendizaje de la medicina en su concepto más amplio.

8. Es indispensable que los Ministerios de Salud colaboren con las Escuelas de Medicina para extender las funciones docentes al período de post graduación, por medio de residencias hospitalarias y en instituciones de salud pública, programas de especialización y capacitación en algunas de las disciplinas médicas y cursos de actualización para mantener informados a los médicos en ejercicio de los avances de la medicina.

9. Se propone que se lleven a cabo estudios que sirvan de orientación para lograr una mejor distribución geográfica de los médicos.

10. Los Ministerios de Salud y Escuelas Universitarias deben colaborar en los programas de enseñanza de la medicina orientados hacia la formación de personal docente para las Escuelas de Medicina.

11. Es indispensable promover y estimular trabajos de investigación, realizados conjuntamente por los Ministerios de Salud y Escuelas de Medicina, para encontrar solución a los problemas de salud que revisten la mayor importancia en los distintos países.

12. Es urgente fomentar el establecimiento de centros de formación y adiestramiento de personal docente, a todo nivel, entre nuestros países, mediante el aporte financiero de los Gobiernos del Continente y de las instituciones privadas o intergubernamentales en cuyos programas figure la enseñanza de la medicina.

13. Se propone que se aprovechen al máximo los programas de becas de las organizaciones internacionales, incluyendo las actividades de salud como una de las prioridades en los países.

B.4 Investigaciones

1. Se sugiere que los Gobiernos procedan a una evaluación de las investigaciones que se llevan a cabo en en sus países en las ciencias de la salud, así como de los recursos para el adiestramiento de investigadores, con el fin de ampliarlos en relación con las prioridades de los planes nacionales de desarrollo.

2. Se recomienda que los recursos de las investigaciones en materia de salud se orienten hacia la solución de problemas con proyecciones sociales, a los que se ha asignado la más alta prioridad en los planes nacionales.

3. Es conveniente que los Ministerios de Salud expandan las actividades de investigación, con arreglo a los objetivos restablecidos en la Carta de Punta del Este, en los campos de control y erradicación de enfermedades transmisibles, nutrición, saneamiento del medio, vivienda, higiene del trabajo, así como en los aspectos económicos, administrativos y estadísticos de los programas y servicios requeridos para fomentar y proteger la salud del individuo y de la colectividad.

4. Se sugiere que los programas de investigaciones en medicina, sociología e ingeniería se basen en los planes de salud, en las necesidades de los servicios y de las instituciones dedicadas a la enseñanza y adiestramiento y en las unidades de planificación en salud.

5. Se recomienda que se desarrollen programas que garanticen la rápida difusión de información sobre investigaciones, aprovechando mejor los medios existentes y estableciendo nuevos sistemas en caso necesario.

6. Se sugiere que se adopten las medidas necesarias para asegurar el intercambio de informaciones sobre programas de investigaciones, el adiestramiento de investigadores, la construcción y dotación de institutos y el financiamiento por organismos nacionales e internacionales, gubernamentales y no gubernamentales, a fin de mantener la debida coordinación de las actividades y el máximo aprovechamiento de los recursos.

7. Se sugiere que se desarrollen programas de investigación aplicada encaminados a establecer normas nacionales e internacionales, que respondan a la realidad sobre las necesidades y empleo del personal, construcción de servicios, a fin de que sirvan de orientación, tanto para los administradores de salud, como para los organismos encargados de la planificación y el control fiscal.

B.5 Aumento en un mínimo de cinco años de la expectativa de vida al nacer, durante el decenio

1. La Reunión de Ministros de Salud - Grupo de Estudio - recomienda que los Gobiernos Miembros obtengan datos fidedignos sobre la población y las tasas de mortalidad. Si el registro no es completo, convendría establecer en cada país zonas representativas para registrar los nacimientos y defunciones. Las tablas de vida correspondientes a grandes zonas representativas del registro, y que se basen en tasas de mortalidad y cifras censales exactas, son preferibles a las correspondientes a la totalidad del país, cuando el registro adolece de deficiencias.

2. Se recomienda que en cada país se determine si el registro es completo y que se lleven a cabo programas tendentes a obtener la total cobertura del país en 1970. Se solicita a la Organización Panamericana de la Salud que estudie las posibilidades de apoyar esta actividad con fondos de fuentes internacionales y de la Alianza para el Progreso.

3. Se recomienda que mediante programas de salud basados en medidas específicas y directas, se deben combatir las enfermedades que ocasionan una excesiva tasa de mortalidad en los niños menores de cinco años, tales como la gastroenteritis, las enfermedades del aparato respiratorio, la tos ferina, sarampión y otras enfermedades infecciosas y estados de deficiencia nutricional, que constituyen las causas principales de muerte en ese grupo, más lábiles a la acción sanitaria, a los efectos de acelerar la consecución de los objetivos que se persiguen.

4. Se recomienda que se dé pleno apoyo al mejoramiento de las estadísticas vitales y de salud indispensables para la planificación y evaluación anual de los progresos alcanzados. Es preciso reconocer que el adelanto en materia de salud sólo puede medirse con exactitud si se emplean métodos bioestadísticos eficaces y estadísticas vitales fidedignas y completas.

C.1 Mercado común latinoamericano de productos biológicos.

La Reunión de Ministros de Salud - Grupo de Estudio, considerando que el cuidado de la salud de los pueblos de las Américas exige tener a la disposición de todos los países productos biológicos para el diagnóstico, prevención y tratamiento de ciertas enfermedades humanas,

1. Recomienda, que se amplie a la brevedad posible la capacidad de la elaboración de dichos productos a nivel gubernamental, de acuerdo con las necesidades continentales y que el intercambio de dichos productos se inicie de inmediato.

2. Recomienda la creación de laboratorios regionales que establezcan los estándares y lleven a la práctica la investigación científica indispensable para controlar los actuales productos y para fabricar otros nuevos que sean necesarios.

3. Recomienda que se prepare y adiestre el personal técnico y auxiliar necesario para estos propósitos.

4. Recomienda a los Gobiernos que eliminen las tarifas aduaneras y sistemas impositivos para el libre intercambio de estos productos, cuando se destinen a programas nacionales de salud pública.

5. Recomienda al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que tome las medidas técnicas y administrativas que sean necesarias para llevar a la práctica este programa.

6. Recomienda que una vez establecido el intercambio de productos destinados al hombre, se trate de hacer lo mismo con los productos veterinarios.

C.2 Calidad y costo de las drogas esenciales

La Reunión de Ministros de Salud - Grupo de Estudio, vivamente preocupada por la evidente desproporción que existe entre el alto precio de las drogas y el bajo poder adquisitivo de vastos grupos de población del Continente, lo que representa un serio problema de salud e impide completar la acción médica preventiva y asistencial,

1. Recomienda que se efectue un estudio técnico e imparcial por los Gobiernos, que les permita tener un conocimiento claro y una apreciación justa de los costos de producción, distribución y precios de venta de las drogas.

2. Recomienda que se estimule a la industria, a través de medidas legislativas y administrativas, a la producción de drogas esenciales que, conservando una calidad óptima, puedan ser fabricadas, distribuidas y vendidas a precios sustancialmente rebajados.

3. Recomienda que se inicie una activa campaña encaminada a la tecnificación y agilización de los sistemas de control, tanto de los productos en el mercado como de la fuente de producción, tendiente a garantizar la pureza, eficacia terapéutica y calidad de las drogas.

4. Recomienda que se revise la legislación existente sobre control de drogas, de acuerdo con las necesidades de cada país.

C.3 Participación de la mujer en el Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso

La Reunión de Ministros de Salud - Grupo de Estudio, considerando que dentro de los planes nacionales de salud es indispensable la activa participación de la mujer por ser ella el centro de la familia, y que la Carta de Punta del Este reconoce como requisito indispensable para lograr los objetivos de la Alianza para el Progreso la participación de la mujer en la elaboración y ejecución de los planes de desarrollo económico y social,

1. Recomienda a los Gobiernos americanos y a las organizaciones interamericanas e internacionales que, dentro de toda acción a seguir para realizar el Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso, se tenga muy en cuenta la contribución que pueda aportar la mujer.

2. Recomienda a los Gobiernos, a las organizaciones interamericanas o internacionales gubernamentales y no gubernamentales que tengan relación o sea ocupen de los problemas de la familia, de la mujer o del niño, que exhorten a sus miembros para que su obra sea más concreta y activa, con miras a la solución de los problemas de salud pública.

C.4 Comisiones Nacionales pro Alianza para el Progreso

La Reunión de Ministros de Salud - Grupo de Estudio, considerando que la Organización de los Estados Americanos, de acuerdo con la Resolución E de la Carta de Punta del Este, lleva a cabo un programa de divulgación pública para promover el interés de los pueblos de América en la Alianza para el Progreso; que una de las medidas adoptadas es la creación de Comisiones Nacionales pro Alianza para el Progreso, en los Estados Miembros de la OEA, y que la Carta de Punta del Este señala la íntima relación e interdependencia que existe entre el desarrollo económico y social y el mejoramiento de las condiciones de salud,

Recomienda a la Organización de los Estados Americanos y a los Gobiernos de los Estados Miembros que, al integrar Comisiones Nacionales pro Alianza para el Progreso, tomen en consideración la conveniencia de incluir, entre los miembros de tales Comisiones, a representantes de los Ministerios de Salud.

C.5 Coordinación con los Organismos Internacionales

La Reunión de Ministros de Salud - Grupo de Estudio, sugiere que las Organizaciones Internacionales programen sus actividades y coordinen sus esfuerzos en relación con los planes nacionales de los Gobiernos.

VIII. DECLARACION FINAL

Un hecho ha dominado en el espíritu de todos los participantes del Grupo de Estudio en Salud: la gran esperanza de los pueblos de América y un sentido de urgencia para ver realizadas las promesas de la Carta de Punta del Este. La gente no está satisfecha con lo que tiene, se ilusiona con lo que pudiera tener y no quiere esperar la hora que le estaría marcada en el lento devenir de la historia. Esta aspiración es la esperanza del futuro; es el clamor del presente. El éxito de esta empresa continental dependerá de la convicción que tengamos en nuestras concepciones e ideales y la voluntad firme y decidida para llevarlos a cabo en el plazo que se ha señalado.

En nuestras deliberaciones, hemos tenido presente el sentido histórico de esta Reunión. Desde la Convención Sanitaria Internacional, en diciembre de 1902, y en la cual nació la Oficina Sanitaria Panamericana, no ha habido otra ocasión en este siglo, en las Américas, en la cual las más altas autoridades en materia de salud se hayan reunido para deliberar asuntos exclusivamente técnicos, de tanta transcendencia para el momento que hoy vivimos. Posiblemente, no ha existido otra oportunidad en la cual el significado del hombre, síntesis de todos los esfuerzos de la sociedad, se muestre en forma más relevante. Se ha destacado, por quienes tienen la autoridad moral para hacerlo, la esencia humanitaria de todo sistema económico, y no ha habido otra ocasión, ni en el Continente ni en el siglo, para que se revele un sentimiento de propósito nacional al reconocer la salud como elemento fundamental del progreso y del desarrollo económico.

A la luz de la Carta de Punta del Este, hemos analizado la salud en las Américas como un problema técnico, social, económico, jurídico y cultural. Se han considerado los importantes avances alcanzados, definido los problemas actuales y seleccionado aquéllos que tienen prioridad. Hemos establecido un grupo de medidas de orden práctico para llevar a cabo los objetivos en salud de la Carta. Su cumplimiento se traducirá en un mejor bienestar; la inoperancia, en cambio, acaso conduzca al desaliento o a la frustración.

En el campo de la salud este verdadero desafío adquiere las más trágicas proporciones. La motivación existe o está latente; sólo puede acentuarse o estimularse con obras concretas de tal envergadura, que hagan sentir a los pueblos tanto la magnitud del esfuerzo como el hecho básico de que la salud es un bien cuya conquista permite la consecución de sus aspiraciones. En ella, el hombre es el protagonista y el único destinatario del desarrollo.

De este análisis, concluimos que el Plan Decenal de Salud de la Alianza para el Progreso puede realizarse siempre que se integren en forma racional sus objetivos con el resto de las metas que nuestros países se proponen alcanzar y que se movilicen al máximo los recursos potencialmente existentes en todos y en cada uno de nuestros hombres, y las voluntades al servicio de un ideal superior, que es la conquista del bienestar en beneficio de todos los pueblos de América.

Y debe realizarse esta noble tarea por la dignidad de los hombres de América, en quienes reside el destino del Continente en esta hora singular de la Historia.

EN FE DE LO CUAL, los Ministros de Salud de los Países signatarios de la Carta de Punta del Este, o sus Representantes, y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretario de la Reunión, firman el presente Informe Final en los idiomas español e inglés, cuyos textos tendrán igual valor auténtico.

HECHO en Washington, D. C., Estados Unidos de América, el día veinte de abril de mil novecientos sesenta y tres.

Siguen las firmas y rúbricas: Dr. Tiburcio Padilla, Ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Argentina; Dr. Francisco Torres Bracamonte, Representante del Ministro de Salud Pública de Bolivia; Dr. Paulo Pinheiro Chagas, Ministro de Salud del Brasil; Dr. José Félix Patiño, Ministro de Salud Pública de Colombia; Dr. Max Terán Valls, Ministro de Salubridad Pública de Costa Rica; Sr. Benjamín Cid, Ministro de Salud Pública de Chile; Dr. Luis Pallares, Ministro de Previsión Social y Sanidad del Ecuador; Dr. Ernesto R. Lima, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador; Dr. James Watt por Dr. Luther L. Terry, Cirujano General de los Estados Unidos de América; Dr. Roberto Arroyave, Representante del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala; Dr. Louis Mars, Representante del Secretario de Estado de Salud Pública y de la Población de Haití; Dr. Carlos A. Javier, Representante del Secretario de Estado en los Despachos de Salud Pública y Asistencia Social de Honduras; Dr. José Alvarez Amézquita, Secretario de Salubridad y Asistencia de México, Presidente; Dr. Constantino Mendieta Rodríguez, Representante del Ministro de Salubridad Pública de Nicaragua; Dr. Bernardino González Ruiz, Ministro de Trabajo,

Previsión Social y Salud Pública de Panamá; Dr. Dionisio González Torres, Ministro de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay; Dr. Samuel Mendoza Moya, Secretario de Estado de Salud y Previsión Social de la República Dominicana; Dr. Víctor Solano-Castro, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social del Perú; Dr. Aparicio Méndez, Ministro de Salud Pública del Uruguay; Dr. Arnoldo Gabaldon, Ministro de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, y Dr. Abraham Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretario.

LISTA DE PARTICIPANTES
LIST OF PARTICIPANTS

ARGENTINA

- Dr. Tiburcio Padilla
Ministro de Asistencia Social y Salud Pública
- Dr. Julio C. Blaksley
Médico Jefe de la Dirección de Enfermedades
Transmisibles
- Dr. Alfredo Rabinovich
Secretario Técnico de la Dirección de
Enfermedades Transmisibles
- Dr. Alberto F. Mondet
Secretario de Salud Pública de la Municipalidad
de Buenos Aires
- Sr. Florentino Alén
Director General de Finanzas de la Municipalidad
de Buenos Aires

BOLIVIA

- Dr. Francisco Torres Bracamonte
Director General del Servicio Nacional de
Salud Pública
- Dr. Julio Bustillos
Director de los Servicios Normativos del Ministerio
de Salud Pública

BRAZIL

Dr. Paulo Pinheiro Chagas
Ministro da Saúde

Dr. Henrique Maia Penido
Superintendente da Fundação do Serviço Especial
da Saúde Pública

Dr. Carlos Modesto de Souza
Diretor Geral do Departamento Nacional de
Endemias Rurais

COLOMBIA

Dr. José Félix Patiño
Ministro de Salud Pública

Dr. Alberto Escobar
Secretario General del
Ministerio de Salud Pública

Dr. Alfonso Mejía
Jefe de la Sección de Coordinación Ejecutiva del
Ministerio de Salud Pública

COSTA RICA

Dr. Max Terán Valls
Ministro de Salubridad Pública

Dr. Charles Chassoul
Jefe del Departamento de Administración
de Hospitales

Dr. Claudio Orlich
Director General de Asistencia Médica

Ing. Jorge Carballo
Gerente del Servicio Nacional de Acueductos y
Alcantarillados

CHILE

Sr. Benjamín Cid
Ministro de Salud Pública

Dr. Alfredo Leonardo Bravo
Jefe del Departamento Técnico del Servicio Nacional
de Salud

Ing. Raúl Peña Larraguibel
Asesor Económico del Ministerio de Salud Pública

Sr. Edgardo Boeninger
Asesor Económico de la Dirección de Presupuestos
del Ministerio de Hacienda

Dr. Amador Neghme
Secretario de la Facultad de Medicina de la
Universidad de Chile y Consejero del Servicio
Nacional de Salud

ECUADOR

Dr. Luis Pallares
Ministro de Previsión Social y Sanidad

Dr. Roberto Nevárez Vázquez
Director General de Sanidad

Sr. Gonzalo Ayora
Asistente Especial del Director del Servicio
Cooperativo Interamericano de Salud Pública

EL SALVADOR

Dr. Ernesto R. Lima
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Tomás Pineda Martínez
Director General de Sanidad

Dr. Alberto Aguilar Rivas
Secretario-Coordinador del Departamento Técnico
y de Planificación
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA - UNITED STATES OF AMERICA

Dr. Luther L. Terry
Surgeon General
Public Health Service

Dr. Leona Baumgartner
Assistant Administrator for Human
Resources and Social Development
Agency for International Development

Dr. M. Allen Pond
Assistant Surgeon General for Plans
Public Health Service

Dr. James Watt
Chief, Division of International Health
Public Health Service

Dr. Philip R. Lee
Director, Health Service
Office of Human Resources and Social Development
Agency for International Development

Mr. C. H. Atkins
Chief, Sanitary Engineering Officer
Public Health Service

Dr. Charles L. Williams, Jr.
Chief, Division of International Relations
Public Health Service

Mr. Howard E. Calderwood
Foreign Affairs Officer
Office of International Economic and Social Affairs
Department of State

Dr. Paul Q. Peterson
Chief, Division of Community Health Service
Public Health Service

Dr. Arthur E. Rikli
Medical Director
Division of International Health
Public Health Service

Dr. Edward O'Rourke
Deputy Director, Health Service
Office of Human Resources and Social Development
Agency for International Development

Dr. Frederick Vintinner
Regional Health Adviser
Bureau for Latin American Affairs
Office of Human Resources and Social Development
Agency for International Development

GUATEMALA

Dr. Roberto Arroyave
Jefe de Cirugía, Director de Educación Médica,
Hospital Roosevelt
(en representación del Ministro de Salud Pública
y Asistencia Social)

Dr. Carlos Waldheim
Jefe del Departamento de Planificación en Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Lic. Ramiro Bolaños
Economista de la Secretaría General del Consejo
Nacional de Planificación Económica

Sr. José Antonio Palacios
Consejero Financiero
Embajada de Guatemala
Washington, D. C.

HAITI

Dr. Louis Mars
Embajador de Haití
Washington, D. C.

Sr. Fern D. Baguidy
Embajador ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D. C.

Dr. Felix Colimon
Jefe del Departamento de Clínica Externa del
Servicio de Salud Pública

Dr. Jean Bartholy
Jefe Auxiliar del Departamento de Medicina
del Hospital General

HONDURAS

Dr. Carlos A. Javier
Subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. José Rodrigo Barahona Carrasco
Director General de Salud Pública

Ing. Gilberto Bendaña
Gerente del Servicio Autónomo Nacional de
Acueductos y Alcantarillados (SANAA)

Dr. José M. Lagos Blancos
Jefe de Administración del Ministerio de Salud Pública

MEXICO

Dr. José Alvarez Amézquita
Secretario de Salubridad y Asistencia

Dr. Miguel E. Bustamante
Subsecretario de Salubridad

Dr. Felipe García Sánchez
Asesor Técnico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia

Sr. Gerardo de Isolbi
Director General de Relaciones Públicas y Prensa
Secretaría de Salubridad y Asistencia

Teniente Coronel Jesús Mercado Sixtos
Ayudante del Ministro

NICARAGUA

Dr. Constantino Mendieta Rodríguez
Viceministro de Salubridad Pública

Dr. Carlos H. Canales
Director de Servicios Locales
Ministerio de Salubridad Pública

Dr. Orontes Avilés
Director de los Servicios Administrativos
Ministerio de Salubridad Pública

PANAMA

Dr. Bernardino González Ruiz
Ministro de Trabajo, Previsión Social y
Salud Pública

Dr. Alberto E. Calvo
Director General de Salud Pública

PARAGUAY

Profesor Dr. Dionisio González Torres
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Julio A. Martínez Quevedo
Director de los Servicios Normativos
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Roque J. Avila
Director de los Servicios Médicos de la Capital

PERU

General de Brigada Dr. Víctor Solano-Castro
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Carlos Quirós Salinas
Director General de Salud

Dr. David A. Tejada de Rivero
Jefe de la Oficina de Planificación
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Mayor Dr. C. Enrique Pitta López
Ayudante del Ministro

REPUBLICA DOMINICANA - DOMINICAN REPUBLIC

Dr. Samuel Mendoza Moya
Secretario de Estado de Salud Pública y
Previsión Social

Dr. Miguel A. Ortega
Planificador
Secretaría de Salud Pública

Ing. Frank J. Pineyro
Director Ejecutivo, Instituto Nacional de Aguas Potables
y Alcantarillado

Dr. Luis Emilio Mainardi
Epidemiólogo
Secretaría de Salud Pública

URUGUAY

Dr. Aparicio Méndez
Ministro de Salud Pública

Dr. Adolfo Morales
Director de la División de Higiene
Ministerio de Salud Pública

Dr. Mario Pareja
Director del Centro de Salud Pública Integral,
Las Piedras

VENEZUELA

Dr. Arnoldo Gabaldon
Ministro de Sanidad y Asistencia Social

Dr. Alejandro Príncipe
Jefe del Departamento de Demografía y Epidemiología
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

Dr. José Antonio Jove
Ingeniero Adjunto
Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

Dr. Alfonso Giordano
Secretario encargado del Instituto Nacional
de Obras Sanitarias

ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS
ORGANIZATION OF AMERICAN STATES

Dr. José A. Mora
Secretario General

Dr. Walter Sedwitz
Subsecretario Interino para Asuntos Económicos
y Sociales

Dr. Jaime Posada
Subsecretario para Asuntos Culturales, Científicos
y de Información

Suplentes:

Sr. Francisco S. Céspedes
Subdirector del Departamento de Asuntos Culturales

Sr. Beryl Frank
Especialista Principal en Seguridad Social

Sr. Alvaro Magaña
Director Auxiliar del Departamento de Asuntos Económicos

Sr. José Carlos Ruiz
Colaborador del Subsecretario para Asuntos
Científicos, Culturales e Información

Sr. Howard Salzman
Jefe de los Servicios de Asesoramiento
Departamento de Cooperación Técnica

Coordinadora:

Sra. Alzora H. Eldridge
Oficial de Enlace de Organismos Internacionales

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO
INTER-AMERICAN DEVELOPMENT BANK

Sr. Felipe Herrera
Presidente

Ing. Humberto Olivero
Encargado, Servicios de Agua Potable y Alcantarillado

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)
UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF)

Dr. Oscar Vargas Méndez
Director de la Oficina Regional para las Américas

COMISION ECONOMICA PARA LA AMERICA LATINA, DE LAS NACIONES UNIDAS (CEPAL)
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA (ECLA)

Sr. Nicasio Perdomo
Jefe Interino de la Oficina de Washington, D. C.

INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO (OEA)
INTER-AMERICAN CHILDREN'S INSTITUTE (OAS)

Dr. Víctor Escardó
Director General

PROYECTO DE PROGRAMA DE TEMAS

1. SESIONES PLENARIAS

- 1.1 Apertura de la Reunión
- 1.2 Elección del Presidente y dos Vicepresidentes
- 1.3 Designación del Sr. Representante de los Ministros para hacer uso de la palabra en la sesión inaugural
- 1.4 Presentación del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz, sobre la organización y desarrollo de la Reunión
- 1.5 Adopción del Reglamento Interno (Documento TFH/12)
- 1.6 Adopción del Programa de Temas (Documento TFH/1)
- 1.7 Adopción del Programa de Sesiones (Documento TFH/13)
- 1.8 Constitución de la Comisión de Redacción
- 1.9 Establecimiento y fijación de funciones de las Comisiones
- 1.10 Presentación por los señores Ministros de los principales problemas de salud en las Américas y las medidas para resolverlos en relación con los objetivos de la Carta de Punta del Este
- 1.11 Consideración y aprobación de las recomendaciones de las Comisiones
- 1.12 Aprobación y firma del Informe Final dirigido al Secretario General de la Organización de los Estados Americanos y al Consejo Interamericano Económico y Social

2. COMISION I

- 2.1 Elección de Presidente, Vicepresidente y dos Relatores
- 2.2 Planes Nacionales de Salud (Documento TFH/5)
 - 2.2.1 Resumen de la situación actual
 - 2.2.2 Unidad de Planificación en los Ministerios de Salud
 - 2.2.3 Coordinación con las Organizaciones Nacionales de Planificación
 - 2.2.4 Mejoramiento de la recolección, análisis y publicación de información básica
- 2.3 Mejoramiento de los servicios de salud
 - 2.3.1 Resumen de la situación actual
 - 2.3.2 Fortalecimiento de la organización y administración de los servicios para mejor aprovechamiento de los recursos materiales y humanos existentes
 - 2.3.3 Coordinación de los servicios y programas preventivos y curativos
 - 2.3.4 Financiamiento a largo plazo de la construcción y equipo de hospitales y otros establecimientos de salud
- 2.4 Educación y adiestramiento (Documento TFH/6)
 - 2.4.1 Resumen de la situación actual
 - 2.4.2 Resumen de los recursos y necesidades
 - 2.4.3 Personal profesional
 - 2.4.4 Personal subprofesional
- 2.5 Investigación (Documento TFH/3)
 - 2.5.1 Resumen de la situación actual
 - 2.5.2 Presentación de la situación actual del problema
 - 2.5.3 Recomendaciones sobre las investigaciones requeridas por los programas de salud

3. COMISION II

- 3.1 Elección de Presidente, Vicepresidente y dos Relatores
- 3.2 Saneamiento del Medio (Documento TFH/2)
 - 3.2.1 Síntesis del estado actual de la situación en las Américas
 - 3.2.2 Fortalecimiento de los servicios de saneamiento del medio
 - 3.2.3 Asignación de responsabilidades para abastos de agua y sistemas de eliminación de excretas urbanos y rurales
 - 3.2.4 Administración de sistemas de abastos de agua urbanos y alcantarillados
 - 3.2.5 Organización y administración de programas rurales de saneamiento del medio
 - 3.2.5.1 Organización y desarrollo de la comunidad
 - 3.2.6 Financiamiento de programas urbanos y rurales de saneamiento
 - 3.2.7 Higiene de la vivienda
 - 3.2.8 Control de la contaminación del agua y del aire
- 3.3 Enfermedades transmisibles (Documento TFH/11)
 - 3.3.1 Erradicación de la malaria (Documento TFH/7)
 - 3.3.1.1 Resumen de la situación del programa
 - 3.3.1.2 Problemas de orden técnico
 - 3.3.1.3 Problemas de orden administrativo
 - 3.3.1.4 Financiamiento
 - 3.3.2 Erradicación de la viruela (Documento TFH/11)
 - 3.3.2.1 Resumen del problema en las Américas
 - 3.3.2.2 Problemas administrativos que dificultan los programas
 - 3.3.3 Control de la tuberculosis (Documento TFH/11)
 - 3.3.3.1 Resumen de la situación actual

- 3.3.3.2 Aplicación de los conceptos y métodos modernos de control
 - 3.3.3.3 Extensión e intensificación de la búsqueda de casos
 - 3.3.3.4 Tratamiento ambulatorio
 - 3.3.3.5 Quimioprofilaxis y vacunación
- 3.4 Nutrición (Documento TFH/10)
- 3.4.1 Consideraciones generales
 - 3.4.2 Política nacional de producción y consumo de alimentos en función de los requerimientos nutricionales de la población
 - 3.4.3 Funciones del Ministerio de Salud en la formulación e implementación de la política nacional de nutrición
 - 3.4.4 Programas de nutrición de los servicios locales de salud
 - 3.4.5 Yodización de la sal
 - 3.4.6 Producción y consumo de proteínas de bajo costo
 - 3.4.7 Programas de prevención del desperdicio de proteínas por enfermedades de los animales
- 3.5 Aumento en 5 años de la esperanza de vida al nacer en la presente década (Documento TFH/8)