

# PLANIFICACION <sup>73'S</sup> EN SALUD

PANORAMA PRESENTE Y FUTURO  
EN LAS AMERICAS

POR:

DR. ABRAHAM HORWITZ

DIRECTOR

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA



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

# PLANIFICACION

## EN SALUD

### Panorama presente y futuro en las Américas



PUBLICACIONES VARIAS  
No. 75

DICIEMBRE DE 1962

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

*Reimpreso de la introducción al Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1958-1961 (Documento Oficial No. 43, 1962).*

## PLANIFICACION EN SALUD

### Panorama presente y futuro en las Américas

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

**SIN DOCTRINA, PRINCIPIOS Y MÉTODOS** no hay organización eficiente. La doctrina expresa la razón de ser de la institución, los fines superiores que persigue, los propósitos que guían las acciones que realiza. La doctrina es el pensamiento rector de todo lo que se hace o proyecta, el cauce por el cual se mueven las ideas y los esfuerzos, el espíritu vivo que gobierna las iniciativas y los actos de la empresa. La doctrina se traduce en postulados y en principios, y éstos en normas, reglamentos y métodos de trabajo, cada uno de los cuales revela la esencia de los propósitos de la institución.

Sobre estas bases nace la organización y crece al calor de las sanas intenciones y de la experiencia. Mientras más dinámicos y variables sus objetivos, mayor la responsabilidad que tienen sus cultores de vivir atentos a los nuevos conocimientos y las condiciones que generan los problemas, con el fin de perfeccionar las normas o incorporar las que justifiquen las necesidades.

La doctrina de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud está impresa en la Constitución. Los propósitos que persiguen conducen a prolongar la vida, a prevenir las enfermedades o a evitar su extensión y a fomentar la salud. El todo, en una labor de asesoría a los Gobiernos quienes realizan las obras de bien público que significan, en última instancia, las funciones de la medicina individual y colectiva.

La naturaleza de los problemas de salud no varía con el transcurso del tiempo, pero sí la forma en que se

presentan en las distintas sociedades y en los diversos ambientes. Ha variado asimismo el concepto sobre su origen y las proyecciones, así como los métodos para identificarlos y resolverlos, éstos últimos de acuerdo con los mejores conocimientos y los resultados de la experiencia. Porque los fenómenos que condicionan la salud y la enfermedad son, en esencia, de carácter biológico y social y reflejan la vida de relación, los valores de la cultura, el significado que les asigna y los recursos de que dispone cada comunidad. Se explica entonces que en cada época el arte con que se emplean los medios para prevenir o curar las enfermedades, vale decir la política, revela la interpretación que se le da a dichos fenómenos y la importancia que se le concede a la salud como función social. Ha sido evidente en todo momento la complejidad del proceso y la necesidad de considerar los numerosos factores en presencia para comprenderlo en toda su proyección.

En las Américas, en años recientes ha adquirido preeminencia la necesidad de armonizar el desarrollo con el bienestar, vale decir las necesidades con los recursos, el crecimiento económico con el progreso social. En la definición de la Comisión Económica para América Latina "El problema del desarrollo económico consiste esencialmente en asimilar con celeridad el vasto caudal de la tecnología contemporánea para elevar el nivel de vida de las masas. A la solución de este problema se oponen dificultades considerables, tanto por las ingentes dimensiones del proceso de transferencia tecnológica, como por las condiciones peculiares en que se plantea".<sup>1</sup> De igual importancia es una modificación sustancial de las actitudes de quienes participan y se benefician de todo el desarrollo. Si lo que domina es indiferencia o pesimismo, difícil será, si no imposible, promover la producción y redistribuir más equitativamente el ingreso nacional, aun contando con todos los recursos técnicos y financieros necesarios. Porque no se concibe hoy un

---

<sup>1</sup>E/CN.12/582/Rev. 1 (Esp.), pág. 1.

sistema económico que no tenga fines humanitarios y que no esté destinado a mejorar las condiciones de vida, creando en las personas un sentimiento de responsabilidad, de participación, un sentido de propósito nacional. Es evidente que el progreso social estimula y depende del crecimiento económico, proposición que parece dominar hoy día en las Américas que buscan sus realizaciones prácticas. La política que impera, tanto en el seno de los países como en la cooperación internacional, tiende a acelerar el desarrollo y a corregir las grandes disparidades en la distribución del ingreso para mejorar el nivel de vida de los habitantes: dos fases de un solo proceso que deben lograrse simultáneamente, en forma progresiva.

Colm y Geiger sostienen que el desarrollo es un proceso social que produce resultados que pueden ser descritos y medidos en términos económicos. En Asia, Africa y América Latina se requieren cambios sociales y culturales, a la vez que crecimiento económico; esto es, deben ocurrir transformaciones cualitativas simultáneamente con aumento cuantitativo. Hay, en realidad, una relación recíproca entre los dos, de manera que ninguno puede continuar por mucho sin la participación del otro. Por lo tanto, "El desarrollo significa cambio más crecimiento".<sup>2</sup>

No puede sostenerse hoy en América Latina que el aumento del producto nacional trae automáticamente un incremento del ingreso real por persona y, como consecuencia, mejor bienestar. Por razones variadas el fenómeno no se ha comprobado en este siglo. La tasa de desarrollo—donde lo ha habido—no ha logrado cubrir las necesidades fundamentales de una población que ha crecido a un ritmo más acelerado. La política económica no ha tenido el tono y consistencia que requieren la presión de los problemas y las angustias de los seres humanos. Fórmulas simplistas basadas en la sola distribución

---

<sup>2</sup> Colm, G. y Geiger, T. "La programación como una guía para el desarrollo". *El Trimestre Económico*, marzo de 1962, páginas 101-124.

de lo que existe entre un mayor número de personas, sin atender al hecho esencial de aumentar la producción y los coeficientes de inversiones, no caben hoy en América Latina en cuyos países se comprueba un concepto cada vez más claro de cómo proceder para crear progreso y bienestar.

Para realizar este propósito, la responsabilidad reside esencialmente en quienes han tenido la oportunidad de adquirir conocimientos y experiencia y comprender el momento de evolución de su país y del Continente. Sea en el gobierno, en las universidades o en instituciones públicas o privadas, de ellos depende la creación de una poderosa corriente de opinión que oriente los esfuerzos hacia objetivos definidos, como son la construcción de una economía de amplia base, el mejoramiento de las condiciones de vida y el aumento de las oportunidades de trabajo—físico o intelectual—tan diversificadas como lo requiere el progreso del país.

Una responsabilidad similar le cabe a las organizaciones internacionales, en especial a las que los Gobiernos han formado para cumplir con propósitos de bien común. Entre éstas, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Los postulados que las rigen ha sido lógico aplicarlos al momento que vive el Continente, a los factores que condicionan los problemas sociales y de salud prevalentes y al ritmo del desarrollo. Se explica así la presencia activa de la Organización en las reuniones del llamado “Comité de los 21”, es decir, la Comisión Especial para Estudiar la Formulación de Nuevas Medidas de Cooperación Económica, de la Organización de los Estados Americanos. En su segunda reunión, que tuvo lugar en Buenos Aires en abril de 1959, se aprobó la Resolución VII que establece: “Recomendar a los Gobiernos que, al programar y negociar el financiamiento del desarrollo económico, incluyan los programas de salud pública, que son esenciales y complementarios de los económicos”. También, “Recomendar a los Gobiernos la asesoría técnica de la

Oficina Sanitaria Panamericana para la formulación de los programas antes mencionados”.<sup>3</sup>

La tercera reunión tuvo lugar en Bogotá en septiembre de 1960. De ella resultó un documento histórico, el Acta de Bogotá, que contiene las medidas para el mejoramiento social y el desarrollo económico dentro del marco de la Operación Panamericana. En los considerandos se especifica con claridad la interrelación de los intereses de las Repúblicas Americanas y la mutua dependencia de los problemas económicos y sociales. De aquí la necesidad de realizar acciones concretas en ambas esferas que el documento enuncia. Entre éstas, las de salud, en cuya redacción le correspondió una participación activa a la Organización Panamericana de la Salud. Se establece la conveniencia de examinar la política y los programas relativos a las enfermedades prevalentes, en particular las transmisibles, y, entre éstas, la erradicación de la malaria; además, mejorar y ampliar los instrumentos indispensables para fomentar la salud, evitar las enfermedades y tratar oportunamente a los enfermos.

El ideario del Acta de Bogotá se consolida y se expande en la Carta de Punta del Este, un nuevo documento histórico que resultó de la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial, que tuvo lugar en Punta del Este, Uruguay, del 5 al 17 de agosto de 1961. La Carta de Punta del Este establece los objetivos de la Alianza para el Progreso dentro del marco de la Operación Panamericana.

En el documento se incluye la salud como función social y como inversión económica, en forma específica y en relación con los otros componentes del bienestar. Los objetivos que los Gobiernos se proponen cumplir son los siguientes: “Aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer, y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva. Para lograr esta meta se requiere, entre otras

---

<sup>3</sup> OEA, *Serie del Consejo*. C-a-331 (aprobada) 8 de julio de 1959.

medidas, suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del 70 por ciento de la población urbana y del 50 por ciento de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud al nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades”.<sup>4</sup>

El Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso, Resolución A.2 de la Carta de Punta del Este, define las medidas que se recomiendan a los Gobiernos para cumplir con dichas metas y propósitos. En doctrina, se reafirman las relaciones recíprocas que existen entre salud, desarrollo económico, nivel de vida y bienestar, y se acuerda que, en consecuencia, hay que promover simultáneamente la economía y el progreso social. En cuanto a métodos, se diferencian aquéllos de largo plazo de los que tienen resultados inmediatos, en el sentido que representan la continuidad y expansión de todas aquellas acciones que están destinadas a la solución de problemas apremiantes.

Hay consenso en la necesidad de preparar planes nacionales para el próximo decenio, como la medida a largo plazo que ha de facilitar la ordenación de las acciones para la protección, el fomento y la recuperación de la salud. Se trata de un método, de un medio y no de un fin. Se concibe como un proceso dinámico que debe ser simple en sus comienzos y perfeccionarse periódicamente con sucesivas evaluaciones de los resultados obtenidos con

---

<sup>4</sup> OEA Documentos Oficiales, OEA/Ser. H/XII.1 (español), 1961, pág. 11.

relación a objetivos precisos. El plan debe mostrar más bien caminos de acción, vale decir política, que complejas elaboraciones que son ajenas a la realidad porque no corresponden a los recursos existentes, a las posibilidades económicas y a la experiencia administrativa del país. Debe presentar en forma sencilla los problemas y sus prioridades, las metas por cumplir en un período determinado, los recursos de que se dispone y su crecimiento progresivo, el costo de toda la empresa y su financiamiento.

La formulación de un plan nacional de salud es una tarea compleja, particularmente en los países donde la información biodemográfica es muy incompleta. Sin embargo, este hecho no debiera impedir dicho propósito. Existirán siempre mecanismos para poder estimar o proyectar los datos existentes, cualquiera su insuficiencia, para establecer objetivos definidos para un cierto período. La preparación de tal plan representa un proceso educativo del que se benefician todos los funcionarios de los servicios de salud. El trabajo se orienta por cauces determinados y con fines que es estimulante lograr.

“Más específicamente, la planificación busca directa o indirectamente influenciar aquellos factores que se cree determinan la tasa y la dirección del desarrollo. Por lo tanto, cada plan, sea consciente o inconscientemente, implica alguna teoría particular de desarrollo y alguna noción de la forma específica por la cual los factores considerados relevantes pueden ser estimulados para producir sus efectos. La planificación es, explícita o implícitamente, una estrategia para el desarrollo”.<sup>5</sup>

Preparado el plan de salud para el país y determinadas las prioridades específicas, deberá procurarse su incorporación a los distintos programas de desarrollo económico y de bienestar social. Es evidente que no siempre en las grandes empresas, sean gubernamentales o privadas, se han considerado las funciones de la salud indispensables. En la movilización de los recursos domésticos, la relación de las acciones de prevención y

---

<sup>5</sup> Colm y Geiger, *op. cit.*

curación de las enfermedades con la fuerza del trabajo es obvia. Así se explica que en el Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso se incluya como recomendación la de "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".<sup>6</sup> En etapas posteriores, previos estudios especiales, será posible preparar programas sectoriales, por región, que incluyan los problemas económicos y sociales de mayor incidencia y la forma de resolverlos en un régimen equilibrado de desarrollo.

Lo inmediato es formular los planes, programas y proyectos de salud de acuerdo con las características de cada país y las posibilidades de financiamiento. Con este fin, la Carta de Punta del Este sugiere, entre otras medidas, la creación en los ministerios de salud de unidades de planificación y evaluación, con la debida representación ante los organismos nacionales para el desarrollo, en forma de asegurar la coordinación, que es indispensable. Faltan, sin embargo, técnicos en planificación de salud, tarea urgente a la cual deben abocarse los Gobiernos, las universidades y las organizaciones internacionales. Con el patrocinio del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social y de la Organización Panamericana de la Salud se iniciará en 1962 el primer curso para la preparación de dichos técnicos. Se ha proyectado formar cien de ellos para los países de América Latina en los cinco años siguientes.

Un comité de expertos ha hecho recomendaciones respecto a planificación en salud, que la Organización pondrá en práctica; y el Centro de Estudios del Desarrollo Económico y Social de la Universidad Central de Venezuela, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana, se ha encargado de la redacción de una guía en

---

<sup>6</sup> *OEA Documentos Oficiales*, OEA/Ser. H/XII.1 (español), 1961, pág. 31.

detalle para formular programas nacionales o regionales de salud. Todo este esfuerzo será evidentemente enriquecido con las acciones de los Gobiernos y de las universidades de cada país, tanto para la capacitación de técnicos como para la revisión periódica de los planes y su perfeccionamiento.

Desde otro ángulo, los planes de salud permitirán a los Gobiernos determinar aquellas áreas en las cuales la colaboración de organizaciones internacionales es necesaria. Esta puede referirse tanto a asesoría en problemas específicos como a oportunidades de formación y perfeccionamiento de profesionales y auxiliares, indispensable para cumplir con los objetivos propuestos. Como una consecuencia, se facilitará la coordinación de dichos organismos y el uso más productivo de los recursos de que disponen, de acuerdo con su política.

Lo que se ha propuesto es lo racional en el sentido de armonizar los recursos y su crecimiento con las necesidades y su frecuencia. Ello no significa, de manera alguna, subestimar lo que se ha hecho y lo que se está realizando. Muy por el contrario, el plan, si es que se espera que tenga éxito, debe basarse en la experiencia adquirida y en la capitalización de los errores para fomentar mayor progreso. Como queda dicho, es un medio y no un fin. Así se explica que en la Carta de Punta del Este se recomiende a los Gobiernos dar término a los proyectos en ejecución, especialmente los relacionados en forma más directa con el desarrollo. Hay la certidumbre de que en un plan de largo plazo quedarán incluidos dichos proyectos por formar parte de prioridades en los problemas sociales. El control o erradicación de las enfermedades transmisibles, el saneamiento, la nutrición, la atención médica, la protección de la maternidad e infancia, la educación sanitaria, tienen especial mención en el documento. En los países de las Américas esta obra ha beneficiado y sigue beneficiando a un número creciente de seres humanos y en ello reside su mayor justificación. Continuarla es hacer del pasado preludeo del futuro, tanto en el nivel nacional como en el internacional.

En el cuatrienio 1958-1961, los principios que gobiernan a la Organización Panamericana de la Salud se han adaptado a las circunstancias que han vivido las Américas. Se ha puesto de relieve la necesidad de incorporar los conceptos y métodos de la salud a los programas de desarrollo y de progreso social. Los Cuerpos Directivos, en diversas resoluciones, han aprobado esta política y estimulado su aplicación en los programas que se han realizado con la asesoría de la Organización.

Se ha progresado marcadamente en la labor tradicional de la Oficina Sanitaria Panamericana—el control o erradicación de las enfermedades transmisibles—de acuerdo con la naturaleza de cada una de ellas, la experiencia con respecto a las técnicas más eficientes, el deseo de los Gobiernos y los recursos existentes. La erradicación de la malaria destaca en este grupo, porque en el período en revisión se ha consolidado como empresa de todos los países del mundo. En grado diverso se han producido avances substanciales con respecto a todas las enfermedades infecciosas prevalentes en las Américas.

Progresos comparables se evidencian en lo que ha dado en llamarse los instrumentos que la salud pública emplea en la lucha contra las enfermedades: la organización y administración de los servicios; la formación y el perfeccionamiento de los técnicos; la planificación y la investigación científica.

Sea en un nivel nacional o local, o en ambos, la Organización ha asesorado a la mayor parte de los países del Continente en problemas relacionados con las estructuras indispensables para las funciones de la salud, la formulación de programas para acciones generales y específicas, la preparación de técnicos en servicio, la actualización de la legislación sanitaria. Parte fundamental de este proceso ha sido el aumento de las actividades en campos específicos como son la atención médica, la nutrición, la estadística, la higiene mental, la protección contra las radiaciones ionizantes, para citar algunas.

Se ha reconocido la importancia de la preparación de profesionales y auxiliares con el fin de realizar la salud

como función social. Si bien las inversiones han sido crecientes, han estado muy por debajo de las necesidades reales de los países del Continente. Dos comités de expertos han definido el problema y la labor que puede desempeñar la Organización para contribuir a resolverlo en forma progresiva. Los planteamientos involucran sumas cuantiosas que los Cuerpos Directivos de la Organización han sugerido se obtengan de fondos extrapresupuestarios, en lo posible, de contribuciones voluntarias. En todo caso, son evidentes los resultados obtenidos en asesoría a escuelas profesionales, en formación de auxiliares y en oportunidades de perfeccionamiento a especialistas por medio de becas.

La necesidad de formular planes de salud ha adquirido preeminencia en los últimos años. Se ha hecho referencia ya a acuerdos de los Gobiernos de las Américas con este propósito y a las medidas que la Organización está poniendo en práctica para asesorarlos con el fin de incorporar la salud en el proceso de crecimiento económico.

Mayor relieve ha adquirido asimismo la investigación de problemas medicosociales relacionados con las enfermedades de mayor significado en el Continente. Se han tomado las disposiciones para formular un programa de largo plazo, que por su calidad se espera sea financiado.

**EL INFORME CUADRIENAL**<sup>7</sup> abarca las actividades más importantes realizadas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en las Américas en el período 1958-1961. Por corresponder a los problemas más trascendentales del Continente, forman parte del programa general de trabajo de la Organización, como fue establecido por los Gobiernos Miembros.

La situación general del Continente justifica el que en todos los países los Gobiernos no hayan concentrado

<sup>7</sup> Documento Oficial de la OPS 43, 1962.

las acciones en un grupo reducido de problemas, sino, por el contrario, hayan realizado simultáneamente las funciones de protección, de fomento y de reparación de la salud. Es indudable que, aun en ausencia de planes generales, las mayores inversiones se hayan destinado a las prioridades más evidentes. Es asimismo incuestionable que los planes racionalmente formulados asegurarán, en la medida que los Gobiernos lo determinen, una mejor aplicación de los recursos a los problemas de mayor significado económico y social. En todo caso, obra concreta se ha hecho y se está realizando en las Américas.

Existe un sólido fundamento para mayor progreso. Lo revela la pléyade de técnicos en salud que han vivido su experiencia y perfeccionado sus conocimientos en la universidad y que representan el mejor capital para la empresa de bien público que significa la medicina individual y colectiva. A ellos se agregan los demás profesionales y sus auxiliares, que son indispensables para una obra tan compleja por su diversificación y que sólo puede hacerse con éxito en acción conjunta, guiada por ideales solidarios. Porque es reflejo de este proceso cabe señalar los sesenta años de vida continuada de la Organización Panamericana de la Salud, en admirable armonía con la Organización Mundial de la Salud desde la creación de esta última. Asimismo, la acción de otros organismos internacionales, bilaterales y multilaterales, públicos y privados. Si bien mucho queda por realizar, buena labor es la que se ha hecho, como lo muestra la reducción de los índices de morbilidad y de mortalidad de las enfermedades prevalentes, el aumento de la expectativa de vida en el siglo, la calidad y cantidad de los recursos. Todo hace suponer que existen las condiciones para que, si el desarrollo se acelera, se cumplan en el decenio, en buena proporción, los objetivos que señala la Carta de Punta del Este para la salud.

**EN EL GRUPO DE ENFERMEDADES ERRADICABLES, por mandato de los Gobiernos Miembros, la Organización los**

asesora en paludismo, viruela, frambesia (pian) y en fiebre amarilla urbana. En todas ellas hay, como requisito fundamental, un método largamente probado para asegurar la eliminación de la enfermedad o del vector, como es el caso de la última mencionada. Donde son prevalentes, representan un problema importante de salud que preocupa a la opinión pública, tanto en el seno del país como en el ámbito internacional. Sea en forma directa o indirecta, dichos procesos tienen influencia en la producción y en la economía en cuanto afectan en larga medida a los recursos humanos. La erradicación significa inversiones muy inferiores al daño que causan y a los ingresos reales o potenciales que se derivan. Por último, hay consenso de los Gobiernos y, por ello, la participación de las organizaciones internacionales que éstos han formado, así como de las de carácter privado.

La eliminación de una enfermedad lleva envuelta contrapartidas de la naturaleza, a las que se agrega la interferencia de las debilidades humanas cuando las empresas que hay que organizar son de magnitud. Las especies se hacen en ocasiones resistentes a los elementos que el hombre emplea para eliminarlas o reducir su acción deletérea. No poca influencia tienen el desinterés y la complacencia de quienes no recurren a los métodos de prevención conocidos, con lo cual retardan el proceso de erradicación. Igual debilidad significa, esta vez de parte de los funcionarios, el no aplicar con toda exactitud las normas establecidas y largamente probadas. Consecuencias análogas tienen las interferencias en la designación de los técnicos capacitados para las distintas fases de la empresa, así como en su financiamiento. No obstante, el balance es muy positivo en las Américas. Puede afirmarse que se ha logrado mucho más de lo que queda por hacer para eliminar las enfermedades señaladas más arriba.

En **malaria**, a fines de 1961, todos los países de las Américas en que la enfermedad es prevalente, tenían un programa activo en ejecución. La erradicación se ha demostrado técnicamente posible, dependiendo el éxito de

completar los programas como han sido formulados, y simultáneamente determinar las causas, previo análisis detenido, que mantienen la transmisión en ciertos focos de algunos países.

En cifras, a mediados de 1961 la enfermedad se había eliminado en áreas donde vivían 5,156,000 habitantes en circunstancias que, en 1958, sólo 3,835,000 personas se habían beneficiado de la erradicación; y el programa estaba en la fase de consolidación en regiones con una población de 17,665,000 habitantes y sólo 1,157,000 en 1958. La fase de ataque se realizó en áreas con 44,634,000 habitantes en 1958, y sólo 38,700,000 en 1961.

Progresos evidentes se comprueban al revisar los datos correspondientes a las operaciones de rociado y de evaluación, estas últimas tanto por el método activo como por el pasivo. El número de casos registrados varía, como es natural, de país a país, según la intensidad de la búsqueda y su confirmación etiológica. Es habitual observar un aumento aparente de la prevalencia en los primeros períodos de organización de las operaciones de evaluación, en especial cuando éstas se instalan durante la fase de ataque. El hecho concreto es que los enfermos de malaria se observan cada vez con menor frecuencia en los grandes centros urbanos del Continente y son una excepción en las capitales de los países.

Es una muestra de progreso el que se hayan podido identificar mejor los problemas que interfieren con la erradicación. Los focos de resistencia de los vectores a los insecticidas—al DDT, al dieldrín, o a ambos—se han señalado con mucha mayor precisión en el Continente. Si bien por excepción, se han reconocido algunos casos de resistencia de los plasmodia a las 4-aminoquinoleínas. Ello ha motivado la intensificación de los estudios epidemiológicos con miras a determinar todos los factores que condicionan la transmisión continua del paludismo, a pesar de que las operaciones han sido bien conducidas. Hay un vasto campo para la investigación científica en general. A los problemas mencionados hay que agregar las modificaciones en los hábitos y reposo

de los anofelinos, la transmisión fuera de las viviendas, las variaciones genéticas en la susceptibilidad a los tóxicos, la existencia de portadores asintomáticos. Hay que analizar asimismo el papel de las poblaciones nómadas, de los trabajadores que migran, de los grupos inaccesibles. Sólo se han mencionado algunos de los problemas que requieren nuevos estudios; entre ellos, es evidente que la resistencia de los vectores a los insecticidas es el que tiene mayor importancia práctica inmediata. Sin embargo, en conjunto, sólo afecta a focos limitados en el Continente, de tal manera que los programas deben continuarse hasta su terminación, porque benefician a sobre ochenta millones de habitantes y van a liberar extensas áreas fértiles para la agricultura. Entre tanto, se espera que la investigación científica resolverá dichos problemas revelando métodos que permitirán, en su oportunidad, eliminar los focos residuales de paludismo en el Continente.

Existen todas las condiciones para que el programa, de acuerdo con su fase, pueda proseguirse en los países hasta su terminación. Ha habido una activa formación de profesionales y auxiliares; las reuniones necesarias de técnicos nacionales e internacionales para confrontar resultados e intercambiar experiencias y, por sobre todo, interés decidido de los Gobiernos por el éxito de la empresa. Esta empresa cuenta no sólo con el apoyo de la Organización sino también con la armoniosa cooperación de otros organismos nacionales e internacionales, entre los cuales se destacan la Asociación Internacional de Fomento por su masiva contribución económica y técnica y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia por su contribución indispensable de suministros y equipo. Si bien en algunos países se comprobaron problemas de carácter administrativo, es de confiar que serán resueltos adecuadamente para que el ritmo de progreso no se interrumpa en las Américas.

Entre 1954 y 1957 se notificaron 32,936 casos de **viruela**, que ocurrieron en diez países del Continente; de 1958 a 1961 la Organización tuvo conocimiento de 16,187

casos provenientes de nueve países. Cabe destacar que el número más alto en este cuatrienio fue de 5,158, correspondiente a 1960 debido a la epidemia en un país, y que en el año 1961 se notificaron sólo 1,923 enfermos.

La viruela puede ser erradicada en las Américas. Los países en los cuales es aún prevalente producen vacunas efectivas, tanto desecada como glicerinada, en cantidad suficiente y cuentan con experiencia para la organización de programas de esta naturaleza. El problema pudiera ser presupuestario, en especial para personal y equipos de movilización. Sin embargo, no debería este hecho interferir con repetidas resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización, relativos a acelerar la eliminación de esta pestilencia del Continente.

Al definir el concepto de erradicación de la viruela, la XIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (octubre de 1961) indicó que "se acepta generalmente que la vacunación correcta del 80 por ciento de cada uno de los sectores de la población, dentro de un período no mayor de cinco años, da como resultado la desaparición de la viruela".<sup>8</sup> Si se observa el número de vacunaciones realizadas en las Américas, en el período 1958-1961, se comprueba que el nivel de inmunidad en los países está muy por debajo del mínimo indispensable. Tan importante como erradicar la enfermedad es mantener un ritmo de inmunizaciones para evitar brotes epidémicos que hoy pueden llegar de cualquier país del mundo, dada la velocidad creciente de los medios de comunicación.

La Organización ha cumplido y está cumpliendo con los cometidos que le han asignado sus Cuerpos Directivos. Se ha prestado asesoría en la producción de vacunas, en la formación de técnicos, en la provisión de equipos indispensables, en la estructuración adecuada de los programas de erradicación; y a la vez se han tomado

---

<sup>8</sup> *Documento Oficial de la OPS* 41:393, 1962.

las disposiciones para continuar con esta empresa hasta la eliminación de la enfermedad del Continente.

A fines de 1961, la erradicación del *Aedes aegypti* había sido declarada formalmente en un total de dieciséis países y varios territorios. La XV Conferencia Sanitaria Panamericana en 1958 aceptó la eliminación del vector de once países y otras unidades políticas.

Donde aún está presente el vector de la fiebre amarilla urbana, los Gobiernos están impulsando, con intensidad variable, programas para su eliminación. Es de esperar que se aceleren, en la medida de lo posible, no tan solo porque hay consenso desde el año 1947 en lograr dicho propósito, sino porque han aparecido focos de resistencia del vector a los insecticidas en la región del Caribe.

La Oficina Sanitaria Panamericana ha seguido cumpliendo su papel de coordinador de los programas, asesorando a los Gobiernos de acuerdo con la política establecida. Es de esperar que un esfuerzo conjunto permitirá la erradicación del *Aedes aegypti* del Continente en 1967.

La producción de vacuna con virus 17D en los Institutos Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro, y Carlos Finlay, de Bogotá, se mantuvo con el ritmo indispensable para cubrir las necesidades de los países. Un estudio sobre duración de la inmunidad mostró la presencia de anticuerpos neutralizantes en un 97.1 por ciento de las 108 personas, diecisiete años después de la vacunación. Si bien la muestra es pequeña, el resultado es significativo.

En los países en los cuales la Organización colaboró para erradicar la **frambesia**, o pian, los progresos fueron substanciales. En Haití las formas infecciosas disminuyeron de 100 por 100,000 personas en 1959 a 1.3 por 100,000 en 1961. Se ha hecho evidente la necesidad de refinar los métodos de diagnóstico para diferenciar las úlceras tropicales de aquéllas producidas por el *Treponema pertenue*.

En la República Dominicana, la prevalencia de la enfermedad declinó de 200 por 100,000 personas examinadas en 1958 a 30 por 100,000 en 1961. A estos resul-

tados hay que agregar los obtenidos en varias islas del Caribe, todo lo cual hace indispensable realizar la evaluación de este programa. En los países mencionados, así como en otros cuyos Gobiernos, con o sin colaboración internacional, han logrado efectos comparables, se proyecta hacerlo a partir de 1962.

**LA ORGANIZACIÓN ASESORA** a los Gobiernos en el control de una serie de enfermedades transmisibles que son frecuentes en las Américas; algunas se comprueban en todos los países, otras son propias de algunos de ellos. Por razones de carácter biológico y económico y porque la investigación no ha demostrado aún métodos definitivamente probados, se ha convenido en realizar sólo programas de control con miras a reducir tanto como sea posible los riesgos de enfermar y morir que cada proceso involucra. Siguen algunos comentarios de orden general, que complementan los datos del Informe Cuadrienal.

La labor desarrollada por la Oficina Sanitaria Panamericana en el ensayo de vacunas con virus vivos atenuados para la prevención de la **poliomielitis** ha sido de significado. Dos conferencias internacionales—en 1959 y 1960—patrocinadas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, con la contribución de la Fundación “Sister Elizabeth Kenny”, permitieron el intercambio de experiencias y el análisis de problemas de orden biológico, inmunológico y epidemiológico sobre dicha enfermedad. Investigadores destacados, procedentes de países de todo el mundo, tuvieron oportunidad de precisar el valor real de los virus vivos atenuados y de estimular, con sus conclusiones, ensayos que hoy han beneficiado a decenas de millones de personas.

La Organización pudo colaborar en estudios relacionados con la inmunización de alrededor de un millón de niños en América Latina.

La amplia difusión e interés que han despertado estas vacunaciones muestra el significado que han tenido las

dos conferencias mencionadas. De acuerdo con la política establecida, los Gobiernos resuelven en su oportunidad el tipo de vacuna que quieren emplear para el control de la poliomielitis. Es evidente que se cuenta hoy con métodos que garantizan la inmunización y justifican la producción en gran escala para disminuir los costos. Quedan, sin embargo, varias incógnitas en la patogenia, así como en la epidemiología de la enfermedad.

La **tuberculosis** figura entre las principales causas de muerte en varios países del Continente. Entre 1945 y 1955 ocurrió una declinación marcada en las tasas de mortalidad. Sin embargo, esta tendencia ha disminuido en los últimos años. Como lo dijera en 1937 Frost,<sup>9</sup> "el balance está contra la sobrevida del bacilo tuberculoso". Este proceso ecológico puede acelerarse hoy con el uso efectivo de los nuevos medicamentos para el tratamiento de los enfermos y la protección de los contactos. Con este propósito, cuando la tuberculosis tiene prioridad, cabe incluirla en el plan general de salud del país. El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su XIII Reunión, consideró el financiamiento indispensable para un plan continental de control de la enfermedad preparado por la Oficina Sanitaria Panamericana. Se propone encontrar y tratar por lo menos la mitad de los casos activos desconocidos, o aproximadamente 900,000 enfermos, y extender la investigación hasta alcanzar cinco casos por muerte por año. En conjunto, el cálculo de costo se basa en el descubrimiento y tratamiento de 1,900,000 enfermos activos durante el decenio. Los datos reunidos por la Oficina indican que en 1957 se gastaron más de veinte millones de dólares en programas de control de la tuberculosis, información que no contiene los datos de varios países con población importante.

El plan incluye las sumas necesarias para diagnosticar y tratar los enfermos, prevenir la enfermedad en cuatro contactos por caso y para la asesoría que deberá prestar

---

<sup>9</sup> Frost, W. H.: "How Much Control of Tuberculosis?" *Amer J Public Health* 27:VIII, 1937, págs. 759-766.

la Organización. Se estima que el presupuesto total de sesenta y tres millones de dólares por año es menos de tres veces las inversiones actuales de los Gobiernos. Como es natural, se consideran las tendencias modernas en el control de la enfermedad, que destacan en el tratamiento ambulatorio y domiciliario, reduciendo la hospitalización sólo a aquellos enfermos que requieren terapéuticas de entidad en un lapso mínimo.

Si los Gobiernos resuelven llevar a la práctica el proyecto, la Organización podrá extender la colaboración en la forma realizada en el cuatrienio pasado. Esta comprende la asesoría para la formación de especialistas, en particular epidemiólogos, con el fin de incorporar el control de la tuberculosis en los servicios locales de salud; la elaboración de normas para la aplicación de las medidas de prevención y de curación; la evaluación de los programas en desarrollo y la recolección y análisis de datos sobre incidencia y prevalencia. Se han sentado en un número importante de países las bases para poder llevar a la práctica el programa continental aprobado por los Gobiernos.

Una verdadera humanización ha ocurrido en el control de la **lepra**. La segregación de los enfermos en leproserías ha quedado reducida a aquellos casos en que por la naturaleza de sus lesiones es indispensable. La gran mayoría puede hoy tratarse en forma ambulatoria y vivir en sus comunidades como otros seres humanos. Si bien no existe una terapéutica eficaz de corto plazo para las formas agudas de lepra, las sulfonas, en especial, tienen una acción efectiva para las formas frecuentes de la enfermedad. Se explica así la extensión de los programas de control en todo el mundo. En las Américas se conoce hoy con cierta precisión la prevalencia de la lepra. En el período 1958-1961, los Gobiernos, con la asesoría de la Organización y la contribución del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, han intensificado la búsqueda de casos—lo que explica el aumento en muchos de los países—e iniciado el tratamiento y el de sus contactos. Simultáneamente, una serie de cursos sobre diagnóstico y

epidemiología de la enfermedad, así como una mejor organización de los programas, permite afirmar en los años próximos una reversión en la prevalencia. En el cuatrienio que se analiza, las actividades de la Organización, sea por medio de consultores permanentes o de corto plazo, se extendieron a todos los países en que la lepra tiene importancia medicosocial.

La Organización también ha realizado actividades en otras enfermedades transmisibles, aunque limitadas en vista de su menor frecuencia. Se notificaron 791 casos de **peste selvática**, provenientes de siete países del Continente, con dos brotes epidémicos en 1960 y 1961. Prácticamente en todos los países los Gobiernos contaron con la asesoría de expertos para estudiar la epidemiología y ecología en los focos conocidos. Es evidente la necesidad de profundizar estas investigaciones con el fin de determinar con más precisión las características de la enfermedad y las posibilidades de disminuir su prevalencia.

Es digno de mencionar el Congreso Latinoamericano sobre la **enfermedad de Chagas**, en julio de 1959, organizado por el Gobierno del Brasil y la Universidad de Río de Janeiro con la participación de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

Un Grupo de Estudio designado por la Organización, reunido en Washington en 1960, analizó las características de la enfermedad en su momento actual, los factores que gobiernan la epidemiología, los problemas que deben ser objeto de investigaciones y los resultados conocidos respecto a eliminación del vector. El Informe del Grupo,<sup>10</sup> ampliamente difundido, ha reactivado el interés de los Gobiernos por extender los programas para reducir la frecuencia. La Oficina Sanitaria Panamericana ha prestado servicios de asesoría a petición de algunos países y ha tomado las disposiciones para formular un programa de investigaciones en diversos aspectos de la enfermedad. Cualquiera la incidencia del proceso, es en todo caso un

---

<sup>10</sup> *Org. mund. Salud: Ser. Inform. técn.* 202, 1960.

problema del bienestar que agrava las consecuencias de la vivienda insana. Este hecho justifica aún más determinar los procedimientos más eficientes para luchar contra el vector y reducir los riesgos de enfermar.

Las actividades realizadas en **esquistosomiasis, oncocerciasis, filariasis e hidatidosis**, en general, han tenido por objeto determinar las características de estos procesos en focos de algunos países, con el fin de organizar o extender programas de control.

En **rabia** cabe destacar la intensa labor realizada en la frontera de los Estados Unidos de América y México, donde ocurrieron en el período brotes epidémicos de consideración. En diversos países, se prestó asesoría en la producción de vacuna y medición de su eficacia, la identificación de cepas de virus rábico, la eliminación de los reservorios y en la preparación de técnicos. Hubo algunos progresos en la notificación de casos de rabia en el hombre y en los animales.

LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN de los servicios es uno de los instrumentos fundamentales para prevenir o tratar las enfermedades, fomentar la salud y prolongar la vida. La tendencia moderna es a coordinar o, de preferencia, integrar todas las acciones que concurren a dicho propósito. Y éstas han ido aumentando en la medida que la vida en sociedad se ha hecho más compleja y diversificada. De aquí la necesidad de disponerlas metódicamente, lo que equivale a organizar y administrar los recursos para resolver los problemas de mayor significado social y económico, aquéllos que preocupan y mueven la opinión pública.

Este proceso está ocurriendo en las Américas, cuyos Gobiernos procuran coordinar los servicios de protección, fomento y reparación de la salud. Disociar la atención de los enfermos de la prevención de las enfermedades parece un anacronismo que no debiera subsistir, en particular en países donde la magnitud de los problemas y la limitación de los medios obliga al mayor rendimiento

de estos últimos. Se justifica menos aún si se analiza la historia natural de las enfermedades, la cual revela que prevención y curación son conceptos artificiales que no tienen expresión en la naturaleza. A mayor abundamiento, lo esencial es crear bienestar resolviendo de preferencia lo que es más apremiante, y para lo cual existen métodos probados, técnicas eficientes, financiamiento adecuado y organización activa. Las características de esta última varían en cada país de acuerdo con el tipo y la frecuencia de los problemas, la cantidad y la calidad de los recursos—en especial la disponibilidad de profesionales y auxiliares bien preparados—y la tradición administrativa.

Los países tienen hoy una buena experiencia en lo que respecta a la organización y administración de servicios locales de salud. Si bien distan mucho de cubrir todo el territorio, los hay en número suficiente para servir de demostración de los procedimientos conocidos y ensayo de nuevas técnicas. La coordinación de las funciones de protección y fomento de la salud es de regla, así como el establecimiento de un sistema definido de prioridades. No es de igual frecuencia la integración de la atención médica, sea en el hospital, el consultorio externo o en el domicilio. Es en este campo donde es indispensable renovar los esfuerzos para poder organizar todos los servicios del país, bajo la égida de una administración integrada que dicta normas en un nivel central y ejecuta las acciones donde las personas viven y requieren asistencia. Cualquiera la denominación de las unidades locales de salud, así como su localización, lo esencial es que tengan la responsabilidad por todos los problemas, incluyendo los de atención médica. Sobre esta base conceptual debe erigirse la estructura que cada país estime más eficiente.

A este proceso ha estado contribuyendo la Organización, particularmente en los últimos cuatro años. De los dieciséis programas activos a fines de 1961, sólo en El Salvador, México y Uruguay, estaban realizándose exclusivamente en el nivel local. En diez países, la colabo-

ración prestada a los Gobiernos comprendía sesenta y tres centros de salud, que servían a una población ligeramente superior a tres millones de habitantes.

Algunos Gobiernos se interesaron en particular por la reorganización de los ministerios de salud y sus dependencias; otros por la reactualización de la legislación sanitaria; y todos por la formación de técnicos, tanto "en servicio" como en universidades del exterior. Dentro de las actividades variadas que ejerce la Organización, ésta es una en que la asesoría, por su naturaleza y propósitos, es más difícil de medir. No obstante, la sola extensión de servicios organizados a nuevas regiones dentro de un país, lo que ha ocurrido con frecuencia en el cuatrienio, es un buen testimonio de lo que se ha realizado.

Establecida la política de integración de las acciones de prevención y de curación de las enfermedades, aparece más indispensable revisar la organización y administración de los servicios de atención médica, en particular de los hospitales, su costo y financiamiento y las técnicas en uso. Hay experiencia en algunos países de las Américas para asegurar que los hospitales pueden aumentar su rendimiento hasta en un 25 por ciento, sea en los consultorios externos o en las salas. Si bien las estadísticas muestran la necesidad de construir nuevos establecimientos, parece prudente tratar el mayor número posible de enfermos en los que existen, haciendo uso de los métodos modernos de la terapéutica. La tuberculosis y la lepra son buenos ejemplos en esta materia; igualmente, las enfermedades mentales agudas. A las razones de orden técnico hay que agregar las de financiamiento. En encuestas realizadas por la Organización se comprueba que el costo promedio de construcción de una cama de hospital fluctúa hoy en las Américas entre ocho mil y diez mil dólares. Las necesidades son del orden de un millón de camas, para enfermos agudos y crónicos. Cifras de esta magnitud obligan a limitar las construcciones a lo estrictamente indispensable.

En estos hechos se funda la política seguida en los

últimos cuatro años. Los consultores han asesorado a algunos Gobiernos, tanto en la formación de técnicos como en la auditoría médica de hospitales y en la formulación de programas para nuevos establecimientos. La obra por realizar en este campo fundamental es enorme. Basta sólo recordar que el 80 por ciento de los presupuestos de los ministerios de salud se destina a la asistencia médica. Se justifica el propósito de la Organización de ampliar progresivamente su colaboración a los Gobiernos.

**ENTRE LAS FUNCIONES DE SALUD** fundamentales en las Américas cabe destacar saneamiento y nutrición. Ambas condicionan, entre otros problemas, la mortalidad infantil y de los menores de cinco años. Tienen a la vez profundo significado para la economía y el progreso social.

En materia de **saneamiento**, el énfasis ha estado en la provisión de servicios de agua. Se estima que sobre 110 millones de habitantes carecen de este elemento en sus hogares, incluyendo el medio urbano y rural. Cabe agregar que en América Latina más del 50 por ciento de las industrias se encuentran en las capitales o en las grandes ciudades y que el agua es esencial para la producción y el desarrollo. La 12ª Asamblea Mundial de la Salud y la XI Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en 1959 le dieron prioridad al programa, crearon respectivamente un fondo especial para la expansión de las actividades y reconocieron que debiera prestarse atención a los aspectos financieros, administrativos y legales de los servicios si se quisiera resolver progresivamente el problema. En el Acta de Bogotá y en la Carta de Punta del Este, el saneamiento aparece entre las funciones fundamentales de salud. En el último documento se indica como meta para el decenio la provisión de servicios de agua y desagüe para el 70 por ciento de la población urbana y el 50 por ciento de la población rural de América Latina. El Banco Interamericano de Desarrollo, que iniciara sus operaciones en 1961, el Banco de Exporta-

ción e Importación, la Asociación Internacional de Fomento, y el Fondo de Préstamos de Fomento del Departamento de Estado de los Estados Unidos de América, entre otros, incluyeron en su política la provisión de créditos a largo plazo y bajo interés para servicios de agua.

Las contribuciones voluntarias de los Estados Unidos de América y Venezuela al fondo especial hicieron posible la extensión de los programas de la Organización, particularmente en los años 1960-1961. El problema ha sido cuidadosamente analizado en sus diversos aspectos en seminarios y cursos cortos patrocinados por la Organización. Se ha intensificado igualmente la formación de ingenieros y otros técnicos por medio de becas. La asesoría prestada por consultores, tanto en los aspectos propios de la ingeniería sanitaria como en los de orden legal y administrativo, ha permitido a los Gobiernos reconocer la magnitud del problema, seleccionar las áreas donde concentrar las acciones, promulgar las legislaciones para la organización de entidades a cargo de los servicios, preparar los planes para solicitar los créditos del mercado internacional de capitales, promover el interés de las comunidades por el problema y obtener contribuciones mayores por medio del alza de las tarifas. Este último factor es de particular significado para la solución de un problema cuya magnitud e implicaciones de orden económico lo hacía prácticamente inabordable. En el Continente se ha creado un nuevo clima que reside en la voluntad de los Gobiernos y en el interés de las personas y de las comunidades para lograr los servicios de agua indispensables. Si bien se requieren cuantiosos capitales, hay conciencia en los países de que se trata de una de las inversiones más productivas para la economía.

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

aprobado solicitudes que contribuyen a satisfacer necesidades de agua o canalización, o bien ambas al mismo tiempo, de las siguientes ciudades: Concepción, Talcahuano, Cali, Cúcuta, Medellín, Cartagena, Quito, Puerto Barrios, Arequipa, Montevideo, San Salvador, Río de Janeiro y seis capitales estatales del Nordeste del Brasil (Salvador, Recife, Natal, Maceió, San Luis y Teresina). Además, hemos contribuido a cubrir necesidades en los mismos campos en más de 500 pequeñas localidades y zonas rurales de los siguientes países: México, El Salvador, Guatemala, Brasil y Venezuela. Valiosa ayuda hemos encontrado para los efectos de la preparación y evaluación de los proyectos respectivos en la Oficina Sanitaria Panamericana, cuya eficiencia técnica es bien conocida de todos nuestros países miembros". Dicho informe también dice, "En resumen, hemos contribuido a financiar veintitrés proyectos con una suma de US\$127 millones, que beneficia a diez millones de habitantes del Continente".<sup>11</sup> Habría que agregar las inversiones del país en moneda nacional que en promedio representan dos tercios del capital exterior.

Un convenio suscrito entre el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud establece las bases por las cuales se presta asesoría a los Gobiernos en la formulación de los proyectos que se sometan a la consideración del Banco, sea directamente o por intermedio de la Oficina Sanitaria Panamericana. Se ha creado un clima cordial de relaciones cuyos efectos se dejarán sentir en forma creciente en los años por venir. Otras organizaciones internacionales de crédito, particularmente el Banco de Exportación e Importación y el Fondo de Préstamos de Fomento, aprobaron también préstamos para la construcción de nuevos sistemas de agua y la adquisición de equipos en los últimos cuatro años. En conjunto, alcanzan la suma de cuarenta millones de dólares para programas de Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay y Uruguay.

---

<sup>11</sup> Banco Interamericano de Desarrollo, AG-III/4.

Si bien con un ritmo menor, por las dificultades de financiamiento, se han formulado los planes para construcciones o expansiones de sistemas de desagüe en algunos países simultáneamente con los destinados a servicios de agua. En algunos países las inversiones aprobadas por el Banco Interamericano de Desarrollo incluyen ambos sistemas, tanto en el medio urbano como rural.

Deben mencionarse las acciones realizadas en otros aspectos del saneamiento, como son la higiene de los alimentos, la vivienda, la disposición de basuras, la higiene, seguridad y medicina del trabajo. En vista de las disponibilidades presupuestarias limitadas, la Organización se ha limitado a reunir informaciones, a asesorar a algunos Gobiernos, con respecto a problemas específicos, y a sentar las bases para acciones de mayor envergadura, como es el caso particular de la higiene industrial y de la vivienda.

En la historia de la Organización Panamericana de la Salud no ha habido ningún período cuya importancia pueda compararse a la del cuatrienio 1958-1961 en lo que respecta al desarrollo de actividades de saneamiento del medio.

Lo realizado hasta aquí se debe fundamentalmente al deseo claramente expresado de las comunidades y al interés de los Gobiernos por un problema fundamental de salud y desarrollo. Es de confiar que esta tendencia progrese en los años por venir y que la doctrina que la inspira se extienda a otros campos de la prevención y curación de las enfermedades. Tanto para la Organización Panamericana de la Salud como para la Organización Mundial de la Salud, la colaboración a los Gobiernos en este campo forma parte de los postulados que guían sus actividades.

La investigación ha demostrado que la **desnutrición** es la causa inmediata de una de cada cuatro muertes en los menores de cinco años, y un factor condicionante en muchas de las restantes. Con una menor resistencia a las agresiones del ambiente se explican las altas tasas de mortalidad por infecciones entéricas y por las enfer-

medades transmisibles habituales. Se trata de un problema social y no exclusivamente médico, en el sentido que refleja las características de las comunidades y las costumbres, tradiciones, creencias y supersticiones, así como la calidad de los elementos de que disponen para organizar la vida en común. De igual significado son la ignorancia, la vivienda insalubre, la falta de agua y de los servicios de desagüe, así como también las infecciones y otros factores del ambiente, para explicar las tasas de mortalidad infantil. Si a ello se agrega una acción insuficiente, en calidad o en cantidad, de las acciones de prevención y curación, se explica el lugar preponderante que tiene la mortalidad de los menores de un año y de la primera infancia en América Latina. Se ha demostrado,<sup>12</sup> en un análisis de ocho países, una correlación entre muertes totales de menores de un año y de uno a cuatro años, y cuatro variables del desarrollo, como son: ingreso promedio por persona, ingestión diaria de proteínas animales, provisión de agua, y analfabetismo. La relación es inversa, de tal manera que las cifras más altas de mortalidad corresponden a valores más negativos en los factores socioeconómicos mencionados. Si bien se reconoce que correlación no es sinónimo de causalidad, los datos reunidos revelan la necesidad de una acción conjunta, que comprenda los factores de más significado, para resolver progresivamente el problema. En consecuencia, no podrán reducirse las tasas de mortalidad infantil en un grado apreciable sólo tratando a los enfermos, o aun previniendo exclusivamente las enfermedades frecuentes; siempre será indispensable mejorar la alimentación, y con ello el sustrato biológico para reaccionar positivamente a los estímulos del medio; asimismo, educar a las madres y proveer a la vivienda de los servicios indispensables para una vida higiénica.

En el campo de la nutrición, durante el período 1958-

---

<sup>12</sup> Horwitz, A.: "Recent Developments in Maternal and Child Health in the Americas". *Amer J Public Health* 50:6, 1960 (Supplement to June—Part II), págs. 20-27.

1961, las actividades de la Organización aumentaron substancialmente, tanto en la asesoría directa prestada por consultores permanentes y de corto plazo como en la formación de técnicos y en la organización de programas ampliados de nutrición, esto último con un esfuerzo cooperativo de los Gobiernos y organizaciones internacionales—el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y, en algunos casos, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. A fines de 1961, en once países se desarrollaba este tipo de programas destinados a elevar el nivel de nutrición de familias rurales por una intensa actividad educativa simultánea con la producción de alimentos en escuelas y hogares.

Por su enorme significado se señalan las investigaciones para obtener mezclas de proteínas vegetales, de alto valor nutritivo y bajo costo, estimuladas por la Organización en los últimos años. En esta conexión, los estudios del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá se cristalizaron en la producción de INCA-PARINA, un preparado a base de semilla de algodón, maíz y vitaminas. Extensamente probado, se revela de un valor nutritivo comparable al de la leche y de un costo tres a cuatro veces inferior para igual contenido de proteínas. Iniciada su producción industrial en Guatemala en 1960 y en El Salvador en 1961, hacia fines de este último año se habían tomado las disposiciones para realizarla en cuatro países más del Continente.

La labor del Instituto en la formación de técnicos, en la investigación científica, en servicios de asesoría a los países de Centro América y a Panamá ha logrado tal expansión y calidad que representa hoy uno de los centros de mayor importancia en el mundo para todo aquello relacionado con la nutrición.

**EN OTROS CAMPOS DEL FOMENTO** de la salud, como son la salud mental, la educación sanitaria, la higiene dental

y la protección contra las radiaciones, la labor realizada en el cuatrienio ha sido destacada. En algunas de estas funciones fundamentales, como en el caso de la **salud mental**, se ha precisado la política y se han identificado problemas prevalentes y recursos existentes. La filosofía básica de la Organización es que la salud mental no debe sólo referirse a los problemas específicos, sino también a la capacidad potencial de producción de las personas. Los seres humanos tienen una mayor expectativa de vida que en el pasado, pero están asimismo expuestos a mayores tensiones. No sólo la industrialización y la mecanización, sino también las modificaciones en los sistemas de valores que resultan de los cambios económicos y sociales, crean nuevas presiones que se reflejan, por ejemplo, en un mayor número de homicidios, suicidios y en una mayor frecuencia del alcoholismo. En consonancia con este planteamiento, se ha delineado un programa de largo plazo para incorporar las funciones de la salud mental en los servicios básicos de salud, programa cuya realización se ha iniciado.

La protección contra las **radiaciones ionizantes**, tal vez la más reciente de las actividades de colaboración internacional en medicina individual y colectiva, recibió particular impulso en los últimos cuatro años. La Organización coopera con los servicios nacionales de salud a fin de adoptar las normas internacionales para la protección relacionada con el uso de rayos X y radioisótopos y para la disposición de desechos radiactivos. Además, promueve la enseñanza de las disciplinas conectadas con la radiobiología y la protección contra las radiaciones en general en la formación de médicos, dentistas, veterinarios y otros profesionales. Finalmente, fomenta el empleo de radioisótopos para el diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades y la investigación científica. Se creó con este propósito una unidad, cuyas labores, iniciadas en 1960, se han concretado ya en asesorar a algunos Gobiernos, particularmente en el uso de rayos X y de radioisótopos, en formación de técnicos y en la

organización de los servicios correspondientes en los departamentos de salud.

**RECONOCIDA LA NECESIDAD** de preparar planes de salud para cumplir con determinados objetivos en el decenio—como lo señala la Carta de Punta del Este—se ha hecho más evidente la importancia de las **estadísticas vitales y de salud**. Tanto para determinar la magnitud de los problemas, su frecuencia y prioridades, así como la calidad y cantidad de los recursos para resolverlos—humanos y de orden material—es indispensable contar con un sistema de recolección y análisis de datos básicos que sean lo más completos y que reflejen la realidad en la mejor forma posible. Dejamos sentado que aun con informaciones insuficientes es posible formular un programa mínimo. No obstante, no podrá perfeccionarse si no se toman las disposiciones para obtener cada vez datos más precisos, tanto de carácter biodemográfico como de salud.

La estadística representa una función que sirve de base a toda la estructura medicosocial de un país y que participa en todas sus actividades. Por decisión de los Gobiernos Miembros, la Organización le ha dado la importancia que debe en los últimos cuatro años. Las actividades se han realizado por medio de consultores establecidos en todas las Zonas y en algunos países, los cuales han colaborado en la adecuada organización de los departamentos de estadística y en el análisis de los datos registrados para perfeccionar y extender los programas. La estadística es un medio, un instrumento esencial para las acciones preventivas y curativas. Se han intensificado y expandido los programas para la formación o capacitación de técnicos en diversas especialidades de esta disciplina.

Los efectos de todo este esfuerzo se reflejan en la calidad de los datos recogidos, como puede comprobarse en las diversas publicaciones sobre la materia. El *Resumen de los informes cuatrienales sobre las condiciones*

*sanitarias en las Américas—1957-1960*<sup>13</sup> es un buen reflejo de la situación. En igual sentido cabe interpretar *La salud en las Américas y la Organización Panamericana de la salud*,<sup>14</sup> aparecido en 1960, y *Hechos sobre problemas de salud*,<sup>15</sup> presentado a la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial, en Punta del Este en 1961.

Por su trascendencia cabe citar el estudio sobre causas de muerte en ciudades seleccionadas de diez países de las Américas. Se propone analizar 40,000 certificados de defunción, con objeto de precisar la causa más probable y obtener datos que permitan establecer frecuencias y diferencias respecto a enfermedades prevalentes. La planificación y coordinación de este trabajo la realiza la Oficina Sanitaria Panamericana y se financia por una asignación de los Institutos Nacionales de Higiene del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América. De él han de derivar otra serie de investigaciones para explicar la prevalencia de determinados procesos en los países, vale decir, estudios en epidemiología comparada.

**EL DESARROLLO EN LA AMÉRICA LATINA** podrá progresar si los países forman los profesionales y capacitan a los auxiliares que puedan hacer uso racional de los capitales indispensables. De lo que se trata es de una acción concertada de las ciencias y de las técnicas modernas para promover bienestar en la medida en que la economía crece, y esta empresa sólo pueden realizarla quienes poseen el conocimiento y la experiencia, el sentido de la responsabilidad y la inquietud por perfeccionar los métodos en uso e investigar nuevos caminos de acción más eficientes y económicos. Por ello, **educación y adiestramiento** son disciplinas básicas en el desarrollo que tienen como propósito mejorar los recursos humanos y

---

<sup>13</sup> *Publicación Científica de la OPS* 64, 1962.

<sup>14</sup> *Publicaciones Varias de la OPS* 53, 1960.

<sup>15</sup> *Publicaciones Varias de la OPS* 63, 1961.

ampliar las oportunidades, así como utilizar con mayor eficacia los recursos naturales. Deben formar parte de todas las organizaciones nacionales e internacionales en un plan armónico que refleje las inversiones indispensables para preparar o capacitar los técnicos que requiere cada función o profesión.

El problema es de más cantidad, sin que disminuya la calidad. Ha habido en los últimos treinta años progresos concretos en lo que respecta a doctrina docente en las diversas profesiones que participan en la prevención y el tratamiento de las enfermedades, así como en el fomento de la salud. Se conocen hoy con mayor claridad los propósitos que debe perseguir la educación en general y el adiestramiento en todas las disciplinas de la salud—la educación entendida como la capacidad de formular juicios; y el adiestramiento, como el proceso por el cual se adquiere habilidad y expedición en un arte u oficio. Es evidente que la forma en que se aplican estos conceptos varía en las distintas instituciones docentes, tanto en el seno de un país como en el Continente. Un buen número de los establecimientos—escuelas de medicina, de ingeniería, de enfermería, para citar algunos—son de organización muy reciente, de no más de diez o veinte años, lapso relativamente breve en el complejo proceso de formar técnicos. Estas disparidades han servido de base para la política de colaboración internacional en el sentido de mejorar el proceso docente, aplicando experiencias de personas e instituciones prominentes de culturas similares. Ha habido mucha actividad, sobre todo en años recientes. Los seminarios y otras reuniones de este orden, las oportunidades de perfeccionamiento para profesores y sus colaboradores, la difusión de publicaciones sobre la materia, son algunos de los métodos puestos en práctica que permiten afirmar que se conocen mejor los objetivos de la enseñanza y del adiestramiento. El problema, se repite, es el de aumentar la cantidad sin disminuir, y hasta mejorando, la calidad. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de

la Salud han participado activamente en dicha forma de colaboración.

Es evidente la escasez de profesionales y auxiliares para las diversas funciones de la salud en las Américas. La producción no ha estado a tono con el incremento de las poblaciones, así como tampoco han aumentado proporcionalmente los recursos indispensables para el ejercicio de los técnicos en actividad. Se agrega una distribución muy irregular en relación con los núcleos urbanos y rurales de cada país. En las capitales y grandes ciudades se suelen observar proporciones muchas veces superiores a las del medio rural. En el caso de los médicos, hay países que tienen un profesional por mil habitantes en la capital, y uno por cincuenta mil en algunas regiones rurales. Discrepancias similares se observan respecto a los demás profesionales y en la distribución de los elementos de trabajo.

Por otra parte, los índices que siguen países de diversas regiones del mundo no siempre son aplicables a las Américas. Lo que procede es determinar el número de profesionales y auxiliares necesarios para cumplir funciones definidas en relación con los problemas prevalentes y la política establecida por cada Gobierno. Un estudio de esta naturaleza pondrá de manifiesto la situación de cada país, cualesquiera los criterios que se establezcan. Permitirá al mismo tiempo determinar la necesidad de ampliar o crear los centros educativos, tanto para capacitar en servicio a los funcionarios actuales como para formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable. Se trata, en síntesis, de cumplir con lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso, vale decir, la Resolución A.2 de la Carta de Punta del Este.

El proceso de preparación del personal debe armonizarse con la capacidad de absorción de los Gobiernos, individuos e instituciones privadas, y ésta depende de las posibilidades de financiamiento. Como en otros campos del desarrollo, la correlación entre crecimiento económico y adiestramiento debe formularse cuidadosamente. En

principio, es posible acelerar la producción de técnicos y especialistas en medicina individual y colectiva en el Continente. La necesidad es clara en toda la Región. Sin embargo, procede programar todo lo que se refiere al número de funcionarios, la definición de sus responsabilidades y el régimen de rentas. Se trata, en síntesis, de un capítulo básico del plan general de salud de un país.

Mientras se prepara el programa general de educación y adiestramiento, se deben intensificar las labores actuales destinadas a mejorar las instituciones existentes, darle oportunidad de perfeccionamiento a sus miembros y capacitar a los auxiliares. Es un hecho aceptado en el Continente que muchas de las funciones de la salud, en sus niveles básicos, sólo podrán realizarse por medio de estos últimos técnicos y que los profesionales deberán concentrarse más en las labores de supervisión, de organización y dirección de los servicios. En el campo de la enfermería, este hecho se ha puesto significativamente de relieve en los últimos años, tanto en atención médica como en protección y fomento de la salud. Se han diferenciado así mejor las responsabilidades de profesionales y auxiliares y se han ampliado en forma substancial los programas de enseñanza para los grupos diversos.

La labor de la Oficina Sanitaria Panamericana en este campo se demuestra con la aprobación de 2,098 becas en el período 1958-1961, lo que representa un aumento de un 70 por ciento con respecto al cuatrienio anterior. De éstas, 804 estuvieron destinadas a estudios avanzados para el grado de especialistas en salud pública o equivalente. Para cursos especiales o no académicos se aprobaron 698 becas y 596 asignaciones de viaje estuvieron destinadas a funcionarios de alto nivel en los departamentos de salud y a profesores, quienes pudieron observar servicios de prevención y curación de las enfermedades y centros de enseñanza en diversos países. A este total hay que agregar 544 profesionales venidos de otras Regiones a estudiar en las Américas, cuyo programa estuvo a cargo de la Organización.

**En educación médica** la política aprobada por los

Gobiernos Miembros le da prioridad a la medicina preventiva y disciplinas conexas, ciencias básicas, organización y administración de instituciones docentes y ramos clínicos, en particular aquéllos relacionados con problemas de mayor significado social, de cuyo grupo pediatría es un buen ejemplo.

Con recursos limitados, la labor de la Organización estuvo destinada a asesorar a algunos departamentos o cátedras de cuarenta y ocho escuelas de medicina en quince países. Habitualmente esta actividad se hizo en conjunto con otras organizaciones internacionales en el propósito común de mejorar la educación médica. Las necesidades han quedado más evidentes en el período gracias al intercambio de ideas y experiencias en una serie de seminarios sobre distintos aspectos del proceso docente. Se intensificó asimismo, tanto en el seno de los países como en el Continente, la colaboración entre las diversas escuelas de medicina. La Fundación Rockefeller y la Fundación W. K. Kellogg continuaron su labor señera y tradicional. No obstante, quedó en claro que se requieren inversiones más cuantiosas dedicadas en particular a los establecimientos de reciente creación, entre los noventa y seis que tenía la América Latina a fines de 1961. Este hecho debe marcar la orientación de la política de la Oficina Sanitaria Panamericana en educación médica.

Catorce programas de **educación en enfermería** se desarrollaron en 1958 con la cooperación de la Organización. En el curso de 1961 éstos habían ascendido a veintinueve, con énfasis en los estudios avanzados relacionados con organización y supervisión de servicios y formación de profesionales y auxiliares. Ya se señaló el número creciente de técnicos que se han preparado en los programas integrados de salud de dieciséis países de las Américas, los que incluyen enfermeras auxiliares. La experiencia adquirida permitirá ampliar marcadamente la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana en los distintos niveles que constituyen la educación en enfermería. Ello ha de complementar la labor creciente que vienen realizando los Gobiernos en los últimos años,

reconociendo el carácter esencial de esta profesión en salud pública.

Se continuó asesorando a todas las **escuelas de salud pública** del Continente. Cabe destacar las dos conferencias, celebradas en 1959 y 1961, para discutir los métodos de enseñanza en general y de estadística en particular.

Es importante, además, lo realizado en la formación y capacitación de ingenieros e inspectores sanitarios y de veterinarios.

Un comité de expertos reunido en 1959 analizó el problema de la formación de técnicos en salud en las Américas para el próximo decenio y recomendó una partida de cuatro millones anuales para contribuir al mejoramiento de las diversas disciplinas. Si se piensa que en promedio la Organización ha invertido una cifra aproximada de dos millones de dólares por año en actividades directas de educación y adiestramiento, parece razonable lo propuesto por el comité de expertos. Así lo comprendieron los Gobiernos Miembros, quienes han sugerido la obtención de fondos extrapresupuestarios para llevar a la práctica dicho plan.

**LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA** en biología, medicina y ciencias sociales, directamente relacionada con los problemas de salud más frecuentes, se ha realizado progresivamente en la Organización. Se ha dado preferencia a problemas de verdadera significación internacional, porque son de interés de varios países del Continente y porque han requerido, en ocasiones, esfuerzos concertados. Los estudios han sido de carácter esencialmente ecológico, como los realizados por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá para determinar las interrelaciones de las infecciones agudas, el estado nutricional y el saneamiento como factores condicionantes de la mortalidad infantil. En este mismo grupo cabe incluir el análisis de la acción de los simúlidos como vectores de la oncocerciasis y el papel de las aves migradoras como portadoras de virus patógenos. En otros casos las inves-

tigaciones han sido de orden biológico con proyección social, como es la obtención de proteínas vegetales de alto valor nutritivo, cuyo ejemplo más conocido en el Continente es la INCAPARINA. Los ensayos de nuevas drogas para el tratamiento de la malaria y de insecticidas de efecto residual prolongado contra los anofeles pueden incluirse entre aquellas investigaciones propias de la salud pública con gran significado práctico. El uso de vacunas a base de virus vivos atenuados para la poliomielitis es un ejemplo de estudio epidemiológico con propósito de control de una enfermedad determinada. Si bien de naturaleza esencialmente biológica, por su enorme significado para la economía agrícola de las Américas cabe citar la producción de vacunas con virus vivos atenuados contra la fiebre aftosa, que se ha realizado en el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. La búsqueda de una técnica simplificada para yodizar la sal y prevenir el bocio endémico es otro ejemplo de investigación relacionada con un problema prevalente. En epidemiología comparada debemos citar la frecuencia de la aterosclerosis en grupos étnicos de diversos continentes.

La necesidad de formular un plan de largo plazo de investigaciones coordinadas por la Organización Panamericana de la Salud se ha hecho evidente. Este plan deberá basarse en la política enunciada anteriormente y constituir una sola entidad científica con el programa de investigaciones que patrocina la Organización Mundial de la Salud. Con este propósito se suscribió un convenio con el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América en 1960 que permitió, a partir de 1961, contar con una asignación para dar forma a dicha idea incluyendo una unidad de coordinación de investigaciones en la Oficina Sanitaria Panamericana. Prioridad deberán tener en este proyecto aquellos problemas medicosociales que son característicos de las Américas; además aquéllos otros que, si bien afectan a distintas regiones del mundo, tienen forma y condiciones características propias del Continente y que son de importancia en estudios compara-

dos. El hecho que afecte a varios países, que sea frecuente y de significado social y económico, que los resultados esperados se relacionen con medidas prácticas para resolverlos, son otros criterios que deberán seguirse tanto en la selección de los problemas como de los estudios por realizar. No significa ello subestimar la investigación básica; muy al contrario, se trata de extender sus efectos a los seres humanos y sus comunidades, por ser ésta la responsabilidad fundamental de la Organización.

Mientras se formula este plan de largo plazo, se ha estimulado la presentación de proyectos específicos que responden a los términos de política enunciada. Los dos primeros, para los cuales se ha obtenido una asignación de los Institutos Nacionales de Higiene, son dignos de mención: el estudio sobre el impacto económico de la erradicación del paludismo en diversos países de las Américas, que realizará la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana; y la investigación sobre causas de mortalidad en diez países de las Américas, a la cual se ha hecho referencia.

Son las complejidades de la naturaleza las que estimulan, y a la vez limitan, el conocimiento de los hombres y hacen más afanosa su búsqueda de la verdad. Es en la investigación científica donde el humanismo muestra sus formas y sus propósitos más puros; no puede concebirse si no conduce exclusivamente al bien del género humano.

**EN SÍNTESIS, EN EL CUADRIENIO 1958-1961, la Organización ha tomado las disposiciones para hacer de la salud un componente del desarrollo, interpretando así la doctrina que informa su gestión a tono con la evolución social del Continente. Al mismo tiempo ha ampliado las labores tradicionales y las ha iniciado o extendido en otros campos que se han justificado por las circunstancias de cada país. Los resultados de esta acción concertada—que es de los Gobiernos—se reflejan claramente en los informes presentados a la XVI**

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

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

El período singular en que se desenvuelve la vida en común, la ansiedad y la impaciencia que domina en muchos espíritus, las dificultades para encontrar soluciones justas a los problemas sociales y las oportunidades para contribuir al bienestar, justifican hoy, como hace cuatro siglos, el consejo de Descartes:

“Si algún medio pudiera encontrarse para hacer a los hombres más sabios y más ingeniosos que hasta aquí, creo que es en la medicina donde debe buscarse . . . podríamos liberarnos de una infinidad de enfermedades del cuerpo, del espíritu y tal vez también aun de las debilidades de la edad, si tuviéramos conocimiento amplio de sus causas, así como de todos los remedios que nos provee la naturaleza”.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Descartes, René: *Discours de la méthode*.